Toekomst voor de zorg thuis

Over de borging van een samenhangend zorgaanbod voor kwetsbare mensen

Deelrapport 1: Institutioneel perspectief

Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel
i.s.m. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur

prof. dr. Mark van Twist
drs. Nancy Chin-A-Fat[1]

December 2016

[1] De auteurs danken drs. Marco Meerdink zeer voor zijn inbreng ten behoeve van dit rapport.

Inhoudsopgave

Samenvatting

Het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel heeft ons gevraagd om onderzoek te doen naar de gewenste doorontwikkeling van de zorgsector. Het bestuur heeft daartoe drie onderzoeksvragen meegegeven:

1. Op welke wijze kan invulling worden gegeven aan de coördinatie zodat een samenhangend zorgaanbod op buurt-/wijk-, regionaal niveau kan worden gerealiseerd?
2. Op welke wijze kunnen basisvoorzieningen binnen de zorginfrastructuur, die niet op het niveau van het individu kunnen worden gefinancierd, duurzaam worden geborgd?
3. Is er een relatie tussen schaalgrootte van zorgorganisaties en de realisatie van een integraal en samenhangend zorgaanbod op buurt-/wijk-, regionaal niveau?

Er zijn verschillende trends en ontwikkelingen te onderscheiden die van invloed zijn op de doorontwikkeling van de zorgsector. Demografisch gezien kan worden gesteld dat Nederland vergrijst. De levensverwachting wordt steeds hoger en ouderen blijven steeds langer thuis wonen. Problemen van ouder worden als eenzaamheid, verveling en onveiligheidsgevoel nemen hierdoor toe, wat als gevolg heeft dat de vraag naar zorg toeneemt. De huidige vergrijzing en ontgroening hebben grote gevolgen voor de economie. Een steeds kleiner deel van de bevolking werkt en een steeds groter deel is gepensioneerd. Hierdoor staan collectieve voorzieningen, zoals de langdurige en verpleeghuiszorg onder druk. Op technologisch gebied is er sprake van een grote impact in de zorgsector door de opkomst van de toepassing van ICT-informatiesystemen. Door de ontwikkelingen rondom e-health en technologie in de zorg nemen de mogelijkheden toe voor patiënten om meer eigen regie te houden. Niet alleen op technologisch gebied wordt de zorg meer persoonsgerichter, maar ook in sociaal-cultureel opzicht verandert de zorg. Bij het vaststellen van wat een cliënt nodig heeft, worden de cliënt en zijn sociaal netwerk steeds meer het uitgangspunt. De zorg sluit dan aan op wat de cliënt nodig heeft en het eigen netwerk niet kan opvangen. In de toekomst beheert de cliënt zijn eigen medische en gezondheidsgegevens in een levenslang persoonlijk gezondheidsdossier en kent rechten toe aan zijn eigen netwerk en zijn zorgverleners om de gegevens in te zien.

Deze ontwikkelingen zijn van invloed op de visie op de zorg. In de klassieke opvatting gaat zorg om het behandelen van de ziekte en gebrek van de cliënt, waarbij wordt nagedacht over het soort aanbieders, producten of geldstromen. Meer recent wordt er in de zorg steeds meer uitgegaan van een meer brede opvatting, waarbij het welbevinden en de kwaliteit van leven van de cliënt centraal staan. Het gaat dan om fatsoenlijk kunnen leven, wonen, ouder worden en om te leren gaan met ziekte, gebrek en tegenslag. Het doel van de zorg is om zo goed mogelijk te kunnen (blijven) participeren in de samenleving, daaraan bij te dragen en om je daarin veilig te voelen. Deze veranderende zorgvisie is van invloed op de wijze waarop je invulling geeft aan de coördinatie van een samenhangend zorgaanbod.

Met de decentralisaties ligt de verantwoordelijkheid voor de zorg op lokaal niveau bij de gemeenten, die de uitvoering van de zorg veelal elders hebben belegd zoals bij sociale wijkteams of zorginstellingen. Op lokaal niveau zijn verschillende initiatieven te onderscheiden, die gericht zijn op de coördinatie van samenhangende zorg in de wijk. Deze praktijken gaan telkens uit van de bestaande, institutionele lijnen om een samenhangend zorgaanbod te coördineren. Er wordt daarbij gebruik wordt gemaakt van bestaande fysieke infrastructuur, bijvoorbeeld van een zorgcentrale of het creëren van een extra coördinerende

functie. De basisvoorzieningen worden via collectieve financieringsvormen in stand gehouden. Bestaande zorgorganisaties krijgen de taak toebedeeld om de continuïteit van de basisvoorzieningen te waarborgen in de regio en daar collectieve financieringsvormen voor te ontwikkelen. Schaal is daarbij een relatief begrip. De relatie tussen schaalgrootte van zorgorganisaties en de realisatie van een samenhangend zorgaanbod op wijkniveau is namelijk zeer afhankelijk van hoe je schaal organiseert. Doorontwikkeling van de zorgsector vindt plaats langs de lijnen van het *strategisch incrementalisme*: een strategie van kleine stapjes, en gaat uit van het steeds opnieuw lokaal en in 'real time' inschatten van wat op dat moment gevraagd is. Daarvoor is robuustheid van de sector nodig: een manier van omgaan met nu nog onbekende ontwikkelingen, waarbij de sector zichzelf versterkt om om te gaan met turbulentie.

Doorontwikkeling van de zorgsector kan echter ook op een andere, meer disruptieve manier vorm kunnen krijgen. In dat geval gaat het erom de visie op de zorg waarin welbevinden en kwaliteit van leven centraal staan verder te ontwikkelen. Een samenhangend zorgaanbod krijgt dan invulling door na te denken over hoe een cliënt fatsoenlijk kan leven en ouder kan worden. De vraag is dan niet hoe zorgverleners beter kunnen afstemmen over wat zij ieder voor zich doen, maar om de vraag hoe verschillende partijen gezamenlijk ervoor kunnen zorgen dat een cliënt zo goed mogelijk kan blijven participeren in de samenleving. Het zorgaanbod wordt integraal en domeinoverschrijdend gecoördineerd, waarbij tevens gebruik wordt gemaakt van de virtuele infrastructuur zoals de mobiele telefonie of *connected care*. Grootschaligheid kan ruimte bieden om meer in te zetten op het ontwikkelen van technologische innovaties. Dat hoeft niet zozeer grootschaligheid van zorgorganisaties te betekenen, maar kan ook grootschaligheid betekenen in termen van bedrijven als Philips, Google en Samsung die de kennis en middelen hebben om te innoveren. Basisvoorzieningen worden via individuele financieringsvormen in stand gehouden, omdat zorg meer afgestemd is op persoonlijke voorkeuren. Om de basisvoorzieningen in Nederland te borgen, is het echter noodzakelijk om naast de individuele financieringsvormen ook een collectief risicostuk in te bouwen. De manier van doorontwikkeling die hierbij past is *disruptieve innovatie*: een strategie om vooruit te kijken naar wat er in de toekomst nodig is, en daar het zorgaanbod op aan te passen. Daarbij is antifragiliteit van de sector nodig: wanneer onbekende ontwikkelingen zich voordoen, breekt de sector niet maar wordt het sterker door ervan te leren.

Wij concluderen dat er twee richtingen zijn te onderscheiden in de doorontwikkeling van de zorgsector. Enerzijds is doorontwikkeling mogelijk via bestaande, institutionele lijnen, waarbij het gaat om *vooruit denken vanuit het heden*. Het gaat om 'meer en beter': meer de eigen investeringen laten renderen, de eigen organisatie beter en krachtiger maken en bestaande verworvenheden te benutten. Anderzijds is een manier van doorontwikkelen om *terug te kijken vanuit de toekomst*. Hierbij is de uitdaging om na te denken over wat voor soort zorgsector er in de toekomst nodig is, en daarnaar te handelen. In de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebleken dat de twee ontwikkelrichtingen beide mogelijk zijn in de zorgsector. Het is aan het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel om te bepalen welke richting het meest gewenst is om nader te verkennen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Meer maatwerk, zelfredzaamheid en betrokkenheid van burgers, minder verschillende hulpverleners rond één huishouden, voorkomen van escalatie van problematiek én meer voor minder – dus goedkoper, efficiënter en effectiever. Dat zijn beknopt de ambities voor de drie decentralisaties in het sociaal domein, die op 1 januari 2015 in gang zijn gezet. De zorgsector maakt hierdoor een ingrijpende transitie door, waarbij cliëntgerichtheid en duurzame betaalbaarheid belangrijke bouwstenen zijn.[2]

Door de overheid wordt meer verantwoordelijkheid bij de burgers gelegd om zo lang mogelijk 'uit zorg' te blijven, dan wel gebruik te maken van minder intensieve vormen van zorg. Het past bij de ontwikkeling, waarin burgers zolang mogelijk zelf de regie over hun leven willen blijven voeren en zorg wensen te ontvangen op een door hen zelfgekozen plaats. Om dit mogelijk te maken, wordt van het zorgsysteem gevraagd om veel meer in te zetten op preventie en het zo lang mogelijk ondersteunen van de zelfzorg van mensen. Vanuit die visie zijn 'zelfredzaamheid bevorderen', 'professionele handen doen alleen wat vrijwillige handen niet kunnen', 'extramuralisering van zorg' (onder andere scheiden van wonen en zorg) en 'inzetten op preventie' belangrijke strategieën.

De transitie heeft niet alleen zorginhoudelijke gevolgen, maar ook grote financiële consequenties omdat de financiële structuren sterk zijn gewijzigd. Grote delen van de 'onderkant' van de traditionele AWBZ zijn overgeheveld naar de WMO en onder verantwoordelijkheid van de gemeenten gebracht. Dit vanuit de gedachte dat op gemeentelijk niveau beter kan worden ingespeeld op behoeften in de wijk of buurt. Daarnaast zijn delen overgeheveld naar de ZVW. Alleen de zeer intensieve, vooral intramurale zorg is achtergebleven in de romp-AWBZ, nu de WLZ. Naast deze stelselwijzigingen is er bovendien sprake van een aanzienlijke reductie van budgetten. Bovendien ligt in de bekostiging van de zorg eveneens de nadruk meer op het individu. Via de ZVW kan iedereen zijn eigen zorgverzekeraar kiezen, en daarnaast bestaat er keuzevrijheid ten aanzien van de zorgaanbieder via PGB's.

Met de transitie die plaatsvindt en de verspreiding van één financiële lijn (verzekeraar) naar een financiële lijn per afzonderlijke gemeente is er sprake van een toenemende complexiteit in de zorgsector. Het aantal onderhandelings-/contractrelaties stijgt, omdat naast de zorgverzekeraars ook individuele gemeenten zorginkoper zijn geworden en er veel ruimte is voor nieuwe toetreders. Dit leidt tot een *coördinatievraagstuk*: hoe wordt ervoor gewaakt dat er met de veelheid aan partijen een samenhangend zorgaanbod wordt gerealiseerd? De veelheid aan partijen leidt ook tot het *vraagstuk van de verantwoordelijkheid voor de basisvoorzieningen*: hoe kan continuïteit van deze voorzieningen worden geborgd?

In het verleden werd de zorg voor kwetsbare mensen vooral geleverd door AWBZ gefinancierde verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties. De beschikbaarheid en infrastructuur voor inplanbare zorg en ondersteuningsvragen, werden door deze organisaties geleverd. Hiermee was er een 24 uurs dekking van de zorg georganiseerd die vooral in de

---

[2] Steen, M. van der, J. de Hoog, A. Wendt en M. van Twist (2013). *Omgaan met het onbekende. Een reflectie op de voorbereiding op de drie decentralisaties.* Den Haag, Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

avond en nacht relevant was. De kosten hiervoor werden vaak gefinancierd uit de marges van de tarieven. Verschillende intra- en extramurale zorgorganisaties beschikken daarom nog altijd over een bemenste centrale en zorgen voor de acute opvolging bij vragen voor zorg en ondersteuning van kwetsbare mensen in de avond en nacht. Maar wat achter deze centrales precies is geregeld, is vaak niet erg overzichtelijk en duidelijk. Soms is het alleen de alarmfunctie en is de triage en opvolging niet of onvoldoende geregeld. Verder zijn binnen regio's de verschillende bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdiensten vaak zonder samenhang georganiseerd. De huisartsenpost, de ambulancedienst en de nachtzorg van de thuiszorg werken vaak vanuit de eigen organisatorische entiteit. Daarmee is de bereikbaarheid en beschikbaarheid van deze voorzieningen kostbaar en inefficiënt en lijkt de coördinatie van de zorg onvoldoende te zijn ingericht.

Het is van belang dat kwetsbare mensen langer thuis kunnen blijven. Een belangrijke succesfactor om dat te kunnen doen, is de zekerheid van beschikbaarheid van zorg en ondersteuning als het toch even misgaat – ook als het gaat om onvoorspelbare hulpvragen die een beroep doen op voorzieningen waar geen verzekeringspolis voor is. De kwetsbare burger moet snel en deskundig kunnen worden geholpen om voldoende vertrouwen in de eigen situatie te houden. Indien dit vertrouwen onvoldoende gedekt is, schakelen zij namelijk onnodig door naar dure andere systemen voor zorg; de huisarts, de ambulancedienst of het ziekenhuis. De uitdaging voor de nabije toekomst is om integraal te blijven inspelen op de zorg voor kwetsbare mensen.

1.2 Probleemstelling

Het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel heeft het initiatief genomen om een intensieve studie uit te laten voeren naar de gewenste doorontwikkeling van de zorgsector, zodanig dat de aangegeven risico's daarmee kunnen worden gemitigeerd. De onderzoeksopdracht is gedefinieerd aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

1. Op welke wijze kan invulling worden gegeven aan de coördinatie zodat een samenhangend zorgaanbod op buurt-/wijk-, regionaal niveau kan worden gerealiseerd?
2. Op welke wijze kunnen basisvoorzieningen binnen de zorginfrastructuur, die niet op het niveau van het individu kunnen worden gefinancierd, duurzaam worden geborgd?
3. Is er een relatie tussen schaalgrootte van zorgorganisaties en de realisatie van een integraal en samenhangend zorgaanbod op buurt-/wijk-, regionaal niveau?

1.3 Eén onderzoek, drie perspectieven

Om het vraagstuk van het borgen van de basisvoorzieningen en de coördinatie ervan te onderzoeken, hanteren wij drie verschillende onderzoeksporen. Wij verkennen de thematiek vanuit het: 1. *institutioneel perspectief*, 2. *klantperspectief*, en 3. *sturingsperspectief*.

<u>Institutioneel perspectief</u>
In dit onderzoeksspoor gaan wij nader in op de institutionele context, waarin de basisvoorzieningen worden georganiseerd. Het huidige zorgstelsel is historisch gegroeid

vanuit geïnstitutionaliseerde wetten, regels en algemeen geldende normen en waarden die het functioneren van het zorgstelsel beïnvloeden. Om te weten hoe de basisvoorzieningen zo goed mogelijk kunnen worden geborgd en gecoördineerd, is het van belang om eerst te begrijpen in welke context dit dient plaats te vinden. Hoe is de zorg in Nederland nu eigenlijk georganiseerd? En met welke toekomstige ontwikkelingen dienen wij rekening te houden als het gaat om de inrichting van de zorg? In dit eerste deel zetten wij het Nederlandse zorgstelsel kort uiteen en gaan wij in op maatschappelijke trends en ontwikkelingen die van invloed zijn op de invulling van de zorg thuis voor kwetsbare mensen.

Dit perspectief zal in dit deelrapport aan de orde komen.

Klantperspectief
Naast het in kaart brengen van hoe de zorg is ingericht, is het van belang om inzichtelijk te krijgen hoe het zorgstelsel nu in de praktijk wordt ervaren. In dit tweede spoor kijken wij daarom 'van onderop' en belichten wij het klantperspectief. Het doel van deze deelstudie is het geven van inzicht in het klantperspectief op basis van de vijf ouderensegmenten: vitale ouderen, ouderen die moeite hebben met ouder worden, ouderen met lichamelijke en mobiliteitsproblemen, ouderen met multi-domein problemen en extreem kwetsbare ouderen. De behoeften van de ouderen binnen deze vijf segmenten worden geconcretiseerd en geanalyseerd, om vervolgens in te gaan of de vraag of de match tussen behoeften en aanbod voldoende is in het huidige zorgstelsel.

Sturingsperspectief
In het derde deelonderzoek kijken we naar de verschuivingen in het perspectief op sturing in de zorg. Welke dominante sturingsperspectieven zien we in de afgelopen jaren terug in de manier waarop het zorgstelsel wordt aangestuurd en ingericht? Waar ligt telkens de focus, en wat zijn onderliggende waarden daarbij? We gaan hier in op de ontwikkeling die plaatsvindt in de strategische sturingsperspectieven van de overheid in de zorgsector, en kijken van daaruit vooruit: hoe kan het beter, om, nu én in de toekomst, een samenhangend zorgaanbod te realiseren?

1.4 Onderzoeksmethode

Wij voeren het onderzoek uit in twee fasen:

Fase 1: Verkenning

Fase 1 is uitgevoerd in de periode september – december 2016.

1. *Documentonderzoek:* Aan de hand van een uitvoerige documentstudie is eerst de benodigde informatie vergaard voor elk onderzoeksspoor. Wetenschappelijke publicaties, rapporten van onderzoeks- en adviesbureaus , beleidsdocumenten van (rijks- en gemeentelijke) overheden en nieuwsberichten bieden meer inzicht in het desbetreffende onderwerp. Wij hebben ons hierbij uitsluitend op schriftelijke documenten gebaseerd.

2. *Rapportage:* De bevindingen uit het documentonderzoek van de drie onderzoekssporen worden opgetekend in drie deelrapporten. De rapporten worden

aangeboden aan het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel.

Fase 2: Verdieping en verbreding

Fase 2 zal, bij besluit tot verdere continuering, worden uitgevoerd in het jaar 2017.

1. *Verdiepende gesprekken:* Om de bevindingen uit de documentstudie empirisch te toetsen, voeren wij enkele verdiepende gesprekken om meer inzicht te krijgen in de organisatie van de basisvoorzieningen. Dit kunnen één op één gesprekken zijn of meer groepsgewijs worden ingevuld aan de hand van rondetafelgesprekken. Gesprekspartners zijn bijvoorbeeld vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, gemeenten, het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, brancheverenigingen, welzijnsorganisaties, zorgaanbieders, wijkverpleegkundigen, onderzoekers en wetenschappers. Wij willen de lijst met mogelijke gesprekspartners graag overleggen met het bestuur van de Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel.

2. *Advies:* Op basis van de documentstudie en de verdiepende gesprekken reflecteren wij vanuit een bestuurskundig perspectief op de verkregen inzichten om zo te komen tot een antwoord op de drie onderzoeksvragen. Op basis daarvan stellen wij een advies op dat ziet op de vraag of het publieke belang is gediend met handhaving van betreffende voorzieningen of dat gelijkwaardige alternatieven voor handen zijn.

In deze fase kunnen tevens de volgende disseminatieactiviteiten in beschouwing worden genomen:

1. *Publicaties:* Op basis van het rapport kunnen publicaties worden opgesteld. Het betreft artikelen in wetenschappelijke tijdschriften en in relevante vakbladen in de zorgsector zoals Skipr, Zorgvisie of Lucide. De publicaties kunnen zowel een informatief als opiniërend karakter hebben.

2. *Symposium:* Op basis van het rapport kan er een symposium worden georganiseerd, met als doelgroep alle voor de zorgsector relevante stakeholders. Het symposium zal op basis van het rapport nader worden ingevuld en vormgegeven.

3. *Promotiemogelijkheden:* Gezamenlijk met het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel kan worden bezien of het rapport aanleiding geeft om promotiemogelijkheden te ontwikkelen.

1.5 Onderzoeksteam

Het onderzoek is uitgevoerd onder coördinatie van prof. dr. Mark van Twist. Hij wordt daarbij ondersteund door onderzoekers van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur. Tevens is er vanuit de Espria Academy parttime onderzoeksruimte beschikbaar en is er voortgebouwd op activiteiten die reeds geruime tijd door de heer Marco Meerdink binnen Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel zijn uitgevoerd.

Over de voortgang van het onderzoek voert prof. dr. Mark van Twist periodiek afstemming met het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel.

2. Trends en ontwikkelingen in de zorg

In dit hoofdstuk beschrijven wij relevante trends en ontwikkelingen die van invloed zijn op de invulling van de zorg thuis voor kwetsbare mensen. Wij gaan nader in op demografische, economische, technologische en sociaal-culturele ontwikkelingen die zich voordoen omtrent de zorg.

2.1 Demografische ontwikkelingen

Nederland vergrijst. Door de stijgende levensverwachting en de na-oorlogse babyboom neemt het aantal 75-plussers tussen nu en 2025 naar verwachting toe van 1,3 tot 1,8 miljoen. Dit aantal stijgt nog door tot 2,9 miljoen halverwege deze eeuw. Hoewel de stijging ten gevolge van de babyboom tijdelijk is, zal de steeds verder toenemende levensverwachting tot structureel meer ouderen leiden. De toenemende levensduur is niet altijd en niet voor iedereen een even groot succes. Vrouwen leven nog steeds langer dan mannen, maar het verschil wordt kleiner en de extra jaren van vrouwen zijn jaren met chronische ziekten en ernstige beperkingen. Daarnaast zijn er verschillen op opleidingsniveau. Een goede opleiding gaat doorgaans samen met minder risicogedrag, waardoor hoger opgeleiden een hogere levensverwachting hebben en een kortere duur van lichamelijke en cognitieve beperkingen.[3]

We leven dus langer. We hebben er een levensfase bij gekregen vergeleken met zeg maar een halve eeuw geleden. Gingen we toen nog uit van drie levensfasen – die van kind, volwassene en oudere – tegenwoordig spreken we steeds vaker over vier fasen en delen we de fase van de ouderdom in tweeën. Deze opdeling sluit aan bij twee overheersende beelden die bestaan over ouderen. Enerzijds het beeld van de energieke, actieve oudere die nog midden in het leven staat en nog volop van het leven geniet. En anderzijds het beeld van de arme, langzame, kwetsbare en afhankelijke oudere die aan de zijlijn van zijn eigen leven staat. Beide zijn waar, maar vormen lang niet het hele spectrum van ouder worden.[4]

De levensverwachting zou overigens hoger zijn als de ‘tegenwerking’ van welvaartsziekten minder hevig zou zijn geweest. Onze levensstijl (roken, overgewicht, te weinig beweging) leidt tot een toename van ziektes: het aantal DM-patiënten dreigt explosief te groeien naar 1,3 miljoen mensen in 2025. Jaarlijks zijn er circa 71.000 nieuwe gevallen, en sterven er 10.000 mensen aan (de gevolgen van) DM. Daarmee neemt ook het risico toe op hart- en vaatziekten, nier- en oogaandoeningen, neuropathieën, etc. De kosten van het roken zijn door het SEO bovendien geraamd op circa 30 miljard euro per jaar.

Het is steeds lastiger om de categorie ouderen te beschrijven. Ouderen verschillen in wensen en behoeften, in gezondheid en in contexten. We hebben van doen met een toenemend gemiddeld opleidingsniveau en welvaartsniveau onder ouderen. Nieuwe mogelijkheden leiden tot een grotere roep om keuzevrijheid. Veel ouderen hebben het goed – ook financieel gezien – en er zijn voldoende mogelijkheden voor het goede leven na het pensioen. Internationaal gezien staan ouderen in Nederland als groep er verreweg het beste voor.

[3] Gaag, N. van der en L. van Wissen, Nederlands Disciplinair Demografisch Instituut (NIDI). Toekomstbeeld van de verpleeghuiszorg – een demografisch perspectief. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

[4] Meurs, P. en I. Doorten, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Variatie geboden. Zorg voor ouderen in 2025. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

Ouderen in Nederland zijn maar zelden vertegenwoordigd in het armste deel van de samenleving.[5]

Dat we langer leven gaat soms in gezondheid en soms met gebreken. Veroudering als zodanig kan worden beschouwd als het proces van toenemende kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Dan gaat het niet alleen om medische of fysieke aspecten. Ook mentale en sociale aspecten spelen een rol. Kwetsbare ouderen zijn dus niet per se zieke ouderen, al kan ziekte ook kwetsbaar maken. Andersom zijn niet alle ouderen met aandoeningen en beperkingen kwetsbaar. Medische problemen spelen dus lang niet altijd een hoofdrol bij de vraag of ouderen zich goed voelen. Het welbevinden van ouderen – gemeten aan de hand van een te geven cijfer voor de kwaliteit van het leven – heeft veel te maken met de mate waarin ouderen zich succesvol voelen of controle kunnen houden over hun leven. Onafhankelijkheid of zelfredzaam zijn is daarbij van belang, alsook de aanwezigheid van voorzieningen in de nabije leefomgeving en het hebben van sociale contacten.[6]

Ouderen blijven dan ook langer thuis wonen. Een deel van deze groep woonde voorheen binnen instellingen, die een structuur boden voor signalering, begeleiding en zorg. Met de extramuralisering (het scheiden van wonen en zorg) vervalt deze structuur, waardoor een groter beroep gedaan wordt op de oudere, diens mantelzorger(s) en de professionals erom heen. Ook voor de huisarts, als verantwoordelijke voor de medische zorg, betekent het wegvallen van deze structuur dat een andere aanpak nodig is.[7] Het percentage ouderen dat in een instelling woont, daalt al jaren. Terwijl in 1995 nog 17% van de 75-plussers in een instelling woonde, was dit in 2014 gedaald tot 10%. Op dit moment woont 95% van de 65-plussers in Nederland (bijna 2,8 miljoen mensen) thuis. Mensen met een lichte zorgvraag komen vanaf 2013 niet meer in aanmerking voor het wonen in een zorginstelling.[8]

De groep migranten neemt daarbij de komende jaren absoluut en relatief toe. De verwachting is dat het aantal migranten boven de 65v jaar groeit van 78 duizend niet-westerse migranten in 2011 tot 520 duizend in 2050. De grootste groepen zijn op dit moment afkomstig uit Suriname, Marokko, Turkije en de Nederlandse Antillen/Aruba. Oudere migranten hechten meer waarde aan de zorgplicht van kinderen voor hun ouders, dan autochtone senioren. Vooral Marokkaanse en Turkse ouderen geven de voorkeur aan de hulp van hun (schoon)kinderen.[9]

De ontwikkeling dat mensen steeds ouder worden en dat er steeds meer ouderen komen, maakt dat de betaalbaarheid van de Nederlandse verzorgingsstaat onder druk staat. Immers, een steeds kleinere groep mensen moet de verzorgingsstaat in stand houden voor steeds meer

---

[5] Meurs, P. en I. Doorten, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Variatie geboden. Zorg voor ouderen in 2025. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

[6] Meurs, P. en I. Doorten, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Variatie geboden. Zorg voor ouderen in 2025. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

[7] ActiZ en InEen (2016). *Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken. HAP + Acute ouderenzorg.* Maart, 2016.

[8] Zoest, F. van, S. van der Weegen, E. Stapersma en Z. Huiting, Vilans Kenniscentrum voor langdurende zorg en Communiceren met verhalen. Anna zorgt voor appeltaart. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

[9] Zoest, F. van, S. van der Weegen, E. Stapersma en Z. Huiting, Vilans Kenniscentrum voor langdurende zorg en Communiceren met verhalen. Anna zorgt voor appeltaart. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

mensen die recht hebben op zorg. In de pensioenwereld wordt om die reden gesproken over een 'langlevenrisico'.[10]

Voor de zorg is het gevolg vooral dat de vraag naar zorg toeneemt. Het aantal chronisch zieken neemt toe, evenals het aantal mensen dat meer dan één diagnose gesteld heeft gekregen (co- en multimorbiditeit). Meer mensen met meer complexe problemen hebben zorg nodig. Mede als gevolg van het feit dat vrouwen langer leven dan mannen zijn er steeds mee 'solohuishoudens' op hogere leeftijd. Problemen van ouder worden als eenzaamheid, verveling en onveiligheidsgevoel nemen er door toe. Die vertalen zich niet zelden (nu nog) in zorgvragen en hebben onnodig zorgaanbod en onnodige zorgkosten tot gevolg.[11]

Een heel ander gevolg is merkbaar op de arbeidsmarkt. De toenemende zorgvraag betekent dat meer gekwalificeerde mensen nodig zijn om die zorg te leveren. Die zijn er niet in voldoende mate, waarbij er overigens aanzienlijke regionale verschillen zijn.[12] Bovendien verandert de rol van de zorgprofessional. Er zijn veel beroepen, functies en opleidingen in de zorg. Op het moment gaat het om ruim 2400 zorg- en zorgverwante beroepen/functies en ruim 1700 opleidingen. Ongeveer 1,2 miljoen mensen oefenen een zorgberoep uit en 2,3 miljoen mensen hebben een zorgopleiding afgerond als hoogst behaalde opleiding. Zorgprofessionals werken niet langer alleen in de zorgorganisaties, maar ook in wijkteams, netwerken en steeds vaker als zzp-er. Hun rol en functie verandert. Dit komt mede door een nieuw concept van gezondheid, waarbij niet de ziekte centraal staat maar veerkracht en zelfmanagement.

De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen stelt dat de toekomstige zorgprofessional over een aantal generalistische competenties beschikt. Professionals werken samen in teams die met elkaar beschikken over alle bekwaamheden die nodig zijn. Het leggen van verbindingen in het netwerk van zorg en ondersteuning maakt deel uit van de nieuwe functieprofielen. Zorgprofessionals vinden nieuwe rollen en grenzen in het samenspel met cliënten zelf en informele zorg. Van een grote groep professionals wordt flexibiliteit gevraagd om op verschillende plaatsen en voor verschillende doelgroepen inzetbaar te zijn. Veel banen in de zorg krijgen een bredere invulling. Nieuwe taken zijn bijvoorbeeld het vervullen van een poortwachtersrol, signalering en het begeleiden van mantelzorgers.[13]

2.2 Economische ontwikkelingen

De solidariteit van jong met oud spruit vooruit uit de omslagfinanciering waartoe in 1968 voor de nieuwe AWBZ werd gekozen. Alle ouderen die in 1968 hulpbehoevend waren, konden vanaf 1 januari 1968 een beroep doen op de regeling. De jongeren van destijds betaalden ervoor via een speciaal tarief in de inkomstenbelasting. Het voordeel van omslagfinanciering was dat de ouderen meteen konden profiteren, zij hadden een forse meevaller. Men hoefde

[10] *Plan van aanpak onderzoek naar 'coördinatiemechanismen en infrastructuur in de VVT sector'.* Naarden, 2016.
[11] *Plan van aanpak onderzoek naar 'coördinatiemechanismen en infrastructuur in de VVT sector'.* Naarden, 2016.
[12] *Plan van aanpak onderzoek naar 'coördinatiemechanismen en infrastructuur in de VVT sector'.* Naarden, 2016.
[13] Zoest, F. van, S. van der Weegen, E. Stapersma en Z. Huiting, Vilans Kenniscentrum voor langdurende zorg en Communiceren met verhalen. Anna zorgt voor appeltaart. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

niet eerst jarenlang door premiebetaling recht op zorg op te bouwen om er gebruik van te kunnen maken. En het leek goedkoop: er waren in 1968 nog heel weinig ouderen, dus het AWBZ-tarief was laag. Alle stelsels van ouderenzorg worden gekenmerkt door solidariteit van rijk met arm: juist aan de armen wordt zorg verleend die ze uit eigen middelen nooit hadden kunnen betalen. [14]

De huidige vergrijzing en ontgroening hebben echter grote gevolgen voor een economie. Een steeds kleiner deel van de bevolking werkt en een steeds groter deel is gepensioneerd. Hierdoor staan collectieve voorzieningen zoals de langdurige en verpleeghuiszorg onder druk. Ook de pensioenen staan onder druk. De verhoging van de AOW leeftijd is erop gericht de eerste pijler beter betaalbaar te houden en het arbeidsaanbod niet te veel te laten krimpen. Door vergrijzing wordt de groep die werkt kleiner, krimpt de belastinggrondslag en dalen de opbrengsten voor de overheid uit de inkomstenbelasting. Tegelijkertijd nemen de zorgkosten sterk toe.[15]

De economische groei is de afgelopen jaren een medebepalende factor geweest bij het vaststellen van de voor zorg beschikbare budgettaire ruimte. Anders geformuleerd: de groei van de zorguitgaven mag de groei van onze economie niet te veel overstijgen. De zogenoemde 'hoofdlijnenakkoorden' beoogden de groei van zorguitgaven in de pas te laten lopen met de economische groei. Economische groei is een voorspeller van welvaart en mogelijkheden van (oudere) klanten om zelf zaken te regelen en in te kopen. Het bepaalt mede de grootte van het private deel van het zorgaanbod.[16]

Gemeten in lopende prijzen stijgen de collectieve zorguitgaven van 68 miljard euro in 2017 naar 82 miljard euro in 2021. De jaarlijks nominale groei van de zorguitgaven in de raming is 4,9%. Dit is duidelijk hoger dan de groei in de afgelopen jaren (2011-2017). Met gemiddeld 1,9%. Als percentage van het BBP stijgen de zorguitgaven duidelijk, van 9,4% in 2017 tot 9,9% in 2021.

Ook de invloed van Europa is merkbaar in de zorg. De eisen die Brussel stelt aan onze verzekeraars en banken beïnvloeden het marktgedrag van deze partijen. Als gevolg daarvan blijven premies hoger, risicobuffers groter en kredietfaciliteiten kleiner dan misschien wel gewenst en nodig. In ieder geval wordt het afdekken van risico's belangrijker en doen alternatieve vormen van financiering (bv private equity) hun intrede. Dat soort geldverschaffers, maar in toenemende mate ook verzekeraars en banken stellen eisen aan de bedrijfsvoering van zorgorganisaties. Daarnaast treden buitenlandse partijen treden toe tot de Nederlandse zorgmarkt, wat van invloed zal zijn op het aanbod en het coördinatievraagstuk.[17]

---

[14] Besseling, P. en C. van Ewijk. Solidariteit en keuzevrijheid in de ouderenzorg. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

[15] Baarsma, B, Universiteit van Amsterdam. De toekomst van de ouderenzorg vraagt om een appel en een pil. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

[16] *Plan van aanpak onderzoek naar 'coördinatiemechanismen en infrastructuur in de VVT sector'.* Naarden, 2016.

[17] *Plan van aanpak onderzoek naar 'coördinatiemechanismen en infrastructuur in de VVT sector'.* Naarden, 2016.

2.3 Technologische ontwikkelingen

De gezondheidszorg lijkt aan de vooravond te staan van een grote verandering door de opkomst van de toepassing van ICT-informatiesystemen, zoals het elektronisch patiënten dossier, e-health, zorg op afstand via moderne communicatiemiddelen en de vorming van zorg- en sociale netwerken (communities). Door deze ontwikkelingen rondom e-health en technologie in de zorg nemen de mogelijkheden toe voor patiënten om meer eigen regie te houden. Patiënten zouden hun eigen dossiers kunnen inzien, zodat ze goed zicht houden op afspraken, hun medicijngebruik, de afspraken met de verschillende zorgverleners, het verloop van hun aandoening en hun leefstijl.[18]

Het tempo waarin innovaties worden doorgevoerd, hangt niet alleen af van de snelheid van technologische ontwikkelingen, maar ook van de snelheid waarmee ze daadwerkelijk in de praktijk worden gebruikt. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg beschrijft in welke richtingen de zorg zich kan ontwikkelen:

1. Door medisch wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen zal ziekte eerder gesignaleerd worden en kan vroeger worden ingegrepen.
2. Diagnostiek zal, door het kleiner en goedkoper worden van diagnostische apparatuur en de toename van 'intelligent devices' verschuiven van de tweede lijn naar de eerste lijn en uiteindelijk ook steeds meer naar de consument.
3. Behandeling wordt specifieker, meer afgestemd op de persoonlijke factoren van de patiënt en meer rekening houdend met co-morbiditeit.
4. De rol van de patiënt en de arts veranderen. De houding van de patiënt verschuift van passieve naar een actieve: door kennis is de patiënt beter in staat een actievere rol in te nemen. De rol van de patiënt verschuift van autoriteit in de richting van partner.[19]

In vergelijking met het buitenland, maakt de Nederlandse zorg veel gebruik van e-health toepassingen. Bij technologie in de zorg gaat het onder andere om beeldcommunicatie, monitoring, zelfzorg, robotisering, big data, edutainment en allerlei digitale platforms voor medische samenwerking. Ook zaken als het inzien van je eigen medische gegevens, sociale interactie en beoordelingen en reviews van zorgverleners, gaan een steeds grotere rol spelen. Het beleid van VWS en de sector is erop gericht om techniek in de zorg op grotere schaal te implementeren. De inzet van technologie ondersteunt mensen om zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen omgeving te wonen.[20]

Online een afspraak maken in het ziekenhuis, een herhaal-recept aanvragen of met behulp van telemonitoring een chronische aandoening in de gaten houden. De meeste voorbeelden van ICT in de zorg of e-health toepassingen waar de patiënt/gebruiker rechtstreeks mee te maken heeft, blijven nog relatief bescheiden. Er zijn informatiesystemen voor ziekenhuizen of verzekeraar en in de huisartsenpraktijk, maar 'state of the art' zijn deze systemen zeker niet. Terwijl de ICT-wereld zich in snel tempo ontwikkelt, blijft de gezondheidszorg achter in

[18] Nivel (2013). *Overzichtstudies. Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!*
[19] Nivel (2013). *Overzichtstudies. Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!*
[20] Zoest, F. van, S. van der Weegen, E. Stapersma en Z. Huiting, Vilans Kenniscentrum voor langdurende zorg en Communiceren met verhalen. Anna zorgt voor appeltaart. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

de toepassing van deze technieken. Het disruptieve karakter of de transformerende kracht van ICT wordt nog onvoldoende benut.[21]

Sociale media laten ook de transformatieve kracht van technologie zien, omdat deze de relatie professional-patiënt en de relatie tussen patiënten heeft veranderd en meer transparantie heeft gebracht. Daarnaast zijn er vormen van zorg op afstand ontwikkeld, zoals videocontact en telemonitoring. Videocontact als vervanging van face-to-face contact blijkt nog weinig in de zorg voor te komen, al levert het veel gemak op voor patiënten en voor contacten tussen professionals onderling. Bestaande sociale media-systemen zoals Skype zouden gemakkelijk gebruikt kunnen worden. Wel worden web-based systemen meer en meer ingezet door patiëntengroepen onderling. Voor een deel zijn de technische belemmeringen van standaardisatie en beveiliging nog een barrière.[22]

Telemonitoring is het regelmatig meten van een aantal relevante indicatoren over de gezondheid van een patiënt en die gegevens doorsturen naar de zorgverlener. De meetgegevens worden meestal teruggekoppeld naar de patiënt in vereenvoudigde en begrijpelijke indicatoren. Metingen vinden dagelijks plaats en de patiënt heeft daarin een actieve rol. Telemonitoring kan gezien worden als disease management op afstand en wordt over het algemeen ingezet bij chronische aandoeningen. Er valt meer uit telemonitoring te halen als metingen gecombineerd worden met andere informatiebronnen en deze beter afgestemd worden op persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Essentieel is dat telemonitoring een hulpmiddel is in het 'opleiden' van een patiënt met een chronische ziekte om inzicht te krijgen in de relatie tussen de verschillende factoren van gezond gedrag en de effecten daarvan op zijn/haar kwaliteit van leven en het bereiken van persoonlijke doelen (weer zelf boodschappen kunnen doen). Telemonitoring heeft daarom het meeste effect in combinatie met coaching (al dan niet virtueel) ter ondersteuning van persoonlijke doelen en het leren omgaan met een chronische ziekte in het dagelijks leven.[23]

Op de korte termijn lijkt de alom tegenwoordige smartphone voor een doorbraak te kunnen zorgen. Mobile health (m-health) is een logische ontwikkeling. Mobiele techniek verovert de wereld en zelfs in ontwikkelingslanden hebben velen toegang tot een mobiele telefoon. Veel e-health toepassingen waren aan huis gebonden maar vergelijkbare alternatieven zijn nu ook mobiel beschikbaar. Naast de mobiele beschikbaarheid heeft m-health nog andere voordelen boven traditionele e-health. De mobiele wereld is namelijk al sterk gestandaardiseerd, elke operator in bijna elk land kan daarom vergelijkbare diensten aanbieden op basis van dezelfde bouwstenen. Op basis van deze bouwstenen kunnen m-health toepassingen ontwikkeld worden die op grote schaal, wereldwijd, aangeboden kunnen worden. M-health is niet beperkt tot toepassingen in combinatie met mobiele telefoons. In het kader van telemonitoring zullen ook steeds meer apparaten zelf een (mobiele) netwerkverbinding gebruiken om automatisch gegevens te versturen (the internet of things). Deze machine-to-machine (M2M) communicatie zal door veel sensoren gebruikt worden, maar kan bijvoorbeeld ook bij een insulinepomp gebruikt worden om de status door te geven.[24]

[21] TNO (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg.*
[22] TNO (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg.*
[23] TNO (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg.*
[24] TNO (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg.*

Binnen de zorgmarkt zijn ook steeds meer initiatieven op het gebied van serious (of applied) gaming. Volgens het Franse onderzoeksbureau IDATE zal de markt voor serious games in de zorg exploderen. Voorbeelden van serious games in de zorg zijn:

- Professional training: trainen van chirurgen en medische professionals;
- Exergames: games gericht op fitness, coaching, promoten van gezondheid;
- Brain fitness: cognitieve training, brain training;
- Conditie management: diabetes, astma, kanker, en pijn management;
- Gezond eten: managen van gewicht, tegengaan van obesitas;
- Ketenmanagement: oplossen van complexiteitsvraagstukken in de zorg.[25]

Onder de term 'big data in healthcare' komen er nu initiatieven om de grote collecties van gegevens die beschikbaar zijn in te zetten om bijvoorbeeld onderzoek te doen naar effecten van behandelingen. Er lijkt een trend te ontstaan waarbij dienstverlenende partijen om meer (persoonlijke) informatie vragen dan strikt noodzakelijk is voor het leveren van de dienst. Dit geldt zowel voor het identificeren van klanten als voor het bijhouden van klantgegevens. Gebruikers zelf laten ook steeds vaker persoonlijke informatie achter op onder andere blogs en sociale netwerksites. De echte uitdagingen zitten echter in het interpreteren van data, het combineren van data uit verschillende bronnen en het beveiligen van big data.[26]

Een overzicht van bestaande vormen van technologie die zoal in de zorg thuis worden aangeboden en ingezet:

- Telemedicine (diagnosticering, behandeling, preventie): Het op afstand bewaken en begeleiden van patiënten met specifieke aandoeningen, bijvoorbeeld bij hartfalen.
- Domotica: Met domotica worden technische woningautomatiseringssystemen bedoeld, vooral geïntegreerd met elkaar, die op afstand zijn te bedienen. Domotica kan worden ingezet in de eigen woning en richt zich op veiligheid (bv. personenalarmering), communicatie (bv. beeldtelefonie), en het verhogen van comfort en gemak (bv. automatisch openen en sluiten van gordijnen).
- Autonome monitoring (sensoren): Sensoren zijn intelligente waarnemingssystemen die patronen van bewegen en handelen kunnen herkennen en diensten kunnen leveren zoals alarmering, GPS, bediening gas, licht en gordijnen, zogenaamde 'smart houses'.
- E-health: E-health is een verzamelnaam van verschillende toepassingen in de zorg zoals het e-consult, inzage in het eigen medisch dossier, telemonitoring en zorg op afstand. In de geestelijke gezondheidszorg spreekt men van e-mental health of internettherapie.
- Informatie- en communicatietechnologie (sociale media): Voorbeelden zijn elektronische informatiesystemen tussen zorgverleners (e-overdracht) en tussen zorgverleners en patiënt (elektronisch patiënten dossier) en e-learning modules. Relatief jong is de m-health, dat zijn zorgdiensten, gezondheidsinformatie, leefstijlsapps, op een smartphone of tablet computer.
- Robotica (sociale robots): Robotica is de wetenschap die zich bezighoudt met theoretische implicaties en praktische toepassingen van robots in de zorg. Een sociale

[25] TNO (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg.*
[26] TNO (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg.*

robot helpt vooral personen die in hun communicatie en interactie beperkt zijn, om toch te reageren en communiceren.
- Schermzorg (zorg op afstand): de term schermzorg ofwel zorg op afstand is een fenomeen in de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Een voorbeeld is videocommunicatie (beeldbellen) en camerasystemen tussen een cliënt van de thuiszorgorganisatie en de verzorgende bij de zorgcentrale.
- Technologische hulpmiddelen: Voorbeelden van specifieke hulpmiddelen die in de thuiszorg wordt gebruikt zijn: rollator, looprek, opsta-hulp, traplift, een hulpmiddel om steunkousen aan te trekken en een stofzuigrobot.[27]

De ouderen van de toekomst zijn meer vertrouwd met het gebruik van vormen van zorg op afstand zoals beeldschermzorg, domotica en zelfmanagement via Internet. De kans bestaat wel dat de razendsnelle technologische ontwikkelingen mensen angstig, onthecht of depressief maken. Voor de zorgprofessionals krijgt de inzet van technologie een vaste plek in het dagelijkse werk. De zorgmedewerkers van de toekomst zijn opgegroeid in een sterk gedigitaliseerde omgeving en zij gebruiken technologie om meer zorg op afstand te leveren en om samen met collega zorgprofessionals van verschillende organisaties.[28]

Uit het Visiedocument Innovatie Evean en het 'Singularity in de zorg' onderzoek blijkt dat er ook nog volop technologische kansen zijn. In deze rapporten wordt verwezen naar domotica en sensoren, ECD's en persoonlijke gezondheidsdossiers, big data en decision support systemen. Naast kansen zijn er ook verplichtingen vanuit het ministerie van VWS:
- Doel 1: Binnen vijf jaar heeft 80% van de chronisch zieken direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen. Die informatie kan vervolgens gebruikt worden in mobiele apps of internetapplicaties.
- Doel 2: Binnen vijf jaar kan 75% van de chronisch zieken (de brief noemt expliciet diabetes en COPD) en kwetsbare ouderen – wie dit wil en hiertoe in staat is – zelfstandig metingen uitvoeren, idealiter in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener.
- Doel 3: Binnen vijf jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid om via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren.[29]

Technologische ontwikkelingen zullen een enorme invloed hebben op ons leven en samenleven. Zo zullen in de toekomst programmeerbare robots veel routinematige handelingen van mensen overnemen, maar ook uiterst precies werk zoals bijvoorbeeld bij (hersen)chirurgie. Ook zijn er de zogenoemde sociale robots, die menselijk gedrag herkennen en daar op inspelen, die kunnen worden ingezet rond het bed. Daarnaast zullen big data, quantified self, digitale zorg, 3-D printing van organen, huid en beenderen van invloed zijn op de (organisatie van de) zorg. De impact van technologische ontwikkelingen zal daarmee groot zijn op de zorg thuis. We zullen bovendien minder gebruik maken van een dokter of een zorgprofessional. Er zijn voorspellers die zeggen dat we over 5-10 jaar voor 50-70% van de zaken waarvoor we nu nog een dokter raadplegen, dat niet meer zullen doen. De

[27] Nivel (2013). *Overzichtstudies. Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!*
[28] Zoest, F. van, S. van der Weegen, E. Stapersma en Z. Huiting, Vilans Kenniscentrum voor langdurende zorg en Communiceren met verhalen. Anna zorgt voor appeltaart. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*
[29] Onderzoek & Ontwikkeling. *Tussenrapportage.*

mogelijkheden van zelfdiagnose en zelfbehandeling zullen veel groter zijn dan nu. Technologisch gezien zal veel meer kunnen dan op dit moment nog wordt gerealiseerd.[30]

Er zijn verschillende pioniers die de zorgsector proberen te overtuigen om technologische innovatie toe te passen. Zo tracht Lucien Engelen, directeur van het Nijmeegse Radboud REshape center, technologische innovaties van buiten het ziekenhuis naar binnen te halen en daar zelf waarde aan te voegen door de innovaties toepasbaar te maken in het ziekenhuis. Engelen stelt dat dergelijke innovaties nodig zijn, omdat met die technologie de rol van de patiënt anders wordt. Door de patiënt als partner te zien, ontstaat er een gezondheidszorg die zich veel meer op controle en voorkomende baseert in plaats van genezen. Dat betekent meer zorg op afstand en minder patiënten die voor een behandeling naar het ziekenhuis hoeven. Het ziekenhuis kan dan met een gelijkblijvend aantal ziekenhuisbedden het dubbele aantal patiënten helpen. Een voorbeeld van een dergelijke technologische innovatie is de spectrometer, een apparaat dat de golflengte meet van stoffen. Wie het op zijn bord richt, ziet hoeveel calorieën er liggen en of het eten gluten bevat. Zo'n spectormeter was vroeger zeer kostbaar, terwijl het nu kan worden ontwikkeld tot een functie in de flitser van een mobiele telefoon en van grote betekenis kan zijn voor mensen met diabetes of een allergie.[31]

REshape werkt daarnaast ook samen met Philips aan de ontwikkeling van cloud-based technologieën voor betere en meer patiëntgerichte klinische toepassingen. In het digitale platform HealthSuite worden klinische en andere gegevens van diverse apparaten en bronnen verzameld, met elkaar in correlatie gebracht en geanalyseerd. Zorgverleners, ketenpartners en individuele personen hebben zo toegang tot gegevens met betrekking tot persoonlijke gezondheid, specifieke aandoeningen van de individuele patiënt en volledige populaties. Op die manier kan de zorg beter worden gepersonaliseerd en krijgen mensen meer controle over hun eigen gezondheid, welzijn en levensstijl. Oplossingen vanuit het ziekenhuis kunnen zo beter worden aangesloten op de thuissituatie, wat essentieel is nu de gezondheidszorg zich steeds thuis afspeelt.[32] Door de samenwerking met Philips kan het Radboud UMC zich concentreren op nieuwe manieren om patiënten bij hun eigen zorg te betrekken en klinische gegevens relevanter en beschikbaar voor hen te maken, zonder dat het ziekenhuis zelf de noodzakelijke software en platforms hoeft te ontwikkelen. Engelen stelt dat ze hierdoor veel sneller robuuste, veilige en schaalbare nieuwe applicaties voor chronische patiënten kunnen ontwikkelen. Er komt daarbij een explosie van persoonlijke medische gegevens vrij, maar de echte uitdaging volgens Engelen is om deze gegevens te integreren in de systemen die artsen en andere zorgverleners in de dagelijkse praktijk gebruiken en te zorgen dat artsen en patiënten de gegevens kunnen vertrouwen.[33]

Philips wil zich meer richten op de ontwikkeling van connected gezondheidsoplossingen. Het concern heeft daarom bijvoorbeeld een overeenkomst gesloten met Validic, een snelgroeiende Amerikaanse start-up die een technologieplatform heeft ontwikkeld voor connectiviteit met en toegang tot digitale gezondheidsgegevens. Deze gegevens komen voort uit ziekenhuisapparatuur en systemen voor controle op afstand, sensoren, fitnessapparaten,

---

[30] *Plan van aanpak onderzoek naar 'coördinatiemechanismen en infrastructuur in de VVT sector'.* Naarden, 2016.

[31] FD (2016). *'Ik kom met een nieuwe techniek binnen. Dat vinden ze leuk'.* 9 april 2016.

[32] Philips. *Open een wereld van cloud-based samenwerkende zorg.* URL: http://www.philips.nl/healthcare/innovatie/healthsuite-digital-platform. Geraadpleegd op 8 december 2016.

[33] Radboudumc. *Blog Lucien Engelens.* URL: https://www.radboudumc.nl/OverhetRadboudumc/NieuwsEnMedia/nieuws/Pages/BlogLucienEngelen.aspx. Geraadpleegd op 8 december 2016.

wearables en welzijnsgerelateerde applicaties. Het platform van Validic kent een bereik van circa 223 miljoen mensen, verspreid over 47 landen. Daarmee biedt de samenwerking Philips mogelijkheden om de eigen connected gezondheidsoplossingen te verbreden en verdiepen, zoals voor het verder ontwikkelen van persoonlijke gezondheidsprogramma's, medische alarmeringssystemen en telezorgoplossingen waarbij de data afkomstig zijn van apparaten van derden. Er vindt dus een uitbreiding plaats van de integratie van gezondheidsgegevens die afkomstig zijn van individuele consumenten. Daarbij kunnen gegevens worden aangeleverd door bijvoorbeeld fitness trackers, systemen voor controle op afstand en gezondheidsapps, maar ook door medische apparaten als bloeddrukmeters, sensorpleisters en glucosemeters. De gegevens worden vervolgens geïntegreerd in bestaande en nieuwe verbonden gezondheidsdiensten. De connected gezondheidsoplossingen en –diensten zijn bedoeld om de zorg binnen het gehele gezondheidsspectrum – van gezond leven en ziektepreventie tot diagnostiek, behandeling en thuiszorg – beter te coördineren.[34]

Philips richt zich daarnaast op het ontwikkelen van digitale innovaties die geïntegreerd worden in draagbare technologie en consumentenproducten, zodat mensen die niet mobiel zijn hun omgeving kunnen bedienen met hersencommando's. Ze gebruiken daarvoor een speciale tablet-app en een draagbare display-interfase. Met behulp van deze technologie kunnen alledaagse taken zoals het licht aandoen of het volume van de TV aanpassen, makkelijker worden uitgevoerd. De levenskwaliteit van bijvoorbeeld ALS-patiënten of andere mensen met een beperkte spier- en spraakfunctie kan zo worden verbeterd door ze te laten communiceren zonder hun lichaam te bewegen of hun stem te hoeven gebruiken.[35]

Ook Google ontwikkelt innovatieve hulpmiddelen voor de zorg. Met behulp van de Google Glass kan een wijkverpleegkundige bijvoorbeeld een live verbinding maken met een wondconsulent in het ziekenhuis om zo optimale wondzorg te leveren. Na de wondreiniging zet de verpleegkundige de bril op en maakt een live-verbinding met de wondconsulent om samen de wondinspectie te doen. [36] Google laat daarnaast op basis van zaken als zoekresultaten zien in welke gebieden mensen waarschijnlijk griep hebben. Google Flu biedt een overzicht van de verspreiding van groep wereldwijd. Ook kan dankzij de data van Google worden voorspeld hoe een griepepidemie zich verspreidt. De gegevens van Google Flu worden beschikbaar gesteld aan medische universiteiten, ziekenhuizen, en centra voor ziektecontrole.[37] Ook heeft Google een platform ontwikkeld, dat informatie over de gezondheid van gebruikers verzamelt en deze door de gebruiker laat raadplegen. De informatie voor deze Google Fit wordt gehaald uit apps en apparaten van andere bedrijven zoals Nike en Adidas. Gebruikers kunnen met Google Fit inzicht krijgen in hun gezondheid op basis van verschillende factoren, zoals het aantal gezette stappen, hun hartslag, hetgeen ze hebben gegeten en het aantal verbrande calorieën. Al deze informatie biedt een uitgebreid gezondheidsprofiel van de gebruiker, omdat alle informatie kan worden gesynchroniseerd met elkaar. Het doel van Google Fit is om je bewuster te laten leven.[38]

---

[34] Digitalezorg Magazine (2016). *Philips en Validic gaan connected zorgoplossingen binnen HealthSuite-platform uitbreiden.* 5 februari 2016.

[35] Philips. *Onderzoek in de gezondheidszorg voor zinvolle oplossingen op onverwachte plekken.* URL: http://www.philips.nl/healthcare/innovatie/research. Geraadpleegd op 8 december 2016.

[36] Nursing (2015). *Google glass in de wondzorg heeft meerwaarde.* 16 oktober 2015.

[37] Nu.nl (2015). *Google stopt met griepoverzicht.* 21 augustus 2015.

[38] Android Planet. *Google Fit: het complete overzicht.* URL; https://www.androidplanet.nl/spotlight/google-fit/. Geraadpleegd op 8 december 2016.

Samsung zet in op mobiele gezondheidszorg. Mobiele apparaten kunnen bijvoorbeeld bijdragen aan de coördinatie van doorlopende zorg bij chronische ziekten door clinici. Met een tablet waarop bewaking/volgsoftware is geïnstalleerd, kunnen artsen de patiënt cardiaal en vasculair bewaken, en hetzelfde geldt voor bewaken en begeleiden van diabetes. Bij cardiovasculaire bewaking kan de tablet worden ingezet als patiëntmonitor en als programmeerapparaat waarmee de arts een subcutaan geïmplanteerde cardioverter-defibrillator kan bewaken. Bij bewaken van diabetes kan via de tablet een gepersonaliseerde cursus worden aangeboden, waarmee de patiënten worden geïnformeerd hoe ze hun diabetes onder controle kunnen houden door middel van veranderingen in hun levensstijl. De tablet kan ook worden gebruikt om de bloedsuikerspiegel op afstand te volgen en analyseren, zodat de arts in staat is om een zorgplan op maat te maken.[39]

Tablets met een Vivify Health oplossing van Samsung kunnen ook bijdragen aan het bewaken en begeleiden van patiënten op afstand. Artsen kunnen virtueel metingen uitvoeren en de toestand van de patiënt beoordelen, vragen of medicijnen trouw worden gebruikt en de patiënt gezondheidsinformatie geven. Via het elektronische patiëntendossier en geïntegreerde vastlegging kunnen ze de zorg verder coördineren en klinische documentatie maken. Mobiele apps voor gezondheidsbeheer zoals S Health van Samsung kunnen er daarnaast voor zorgen dat patiënten zelf hun gezondheid en welzijn onder controle kunnen houden. Wanneer patiënten gebruik maken van mobiele apparaten met ingebouwde S Health software kunnen ze fit blijven met de persoonlijke fitness-coach en hun dagelijkse activiteit bijhouden. Alle gegevens worden automatisch bewaard door de app en kunnen in een keer worden voorgelegd aan de arts, die op basis daarvan betere zorg kan bieden en aangepaste medicatie kan voorschrijven.[40]

Door innovatie in de zorg is het mogelijk om als cliënt meer keuze en zelfregie te krijgen. Zo kunnen hartpatiënten met een apparaatje hun hartslag thuis opnemen, en de data doorsturen naar het ziekenhuis. Het is dan overbodig om routinematig een afspraak met de cardioloog te maken, tot er echt wat aan de hand is. Voor wat betreft het realiseren van een samenhangend zorgaanbod wordt al snel gekeken naar hoe bestaande zorgverleners hun aanbod op elkaar kunnen afstemmen. Maar technologische innovaties zijn ook belangrijke 'partners' om rekening mee te houden. Een mobiele telefoon kan bijvoorbeeld de rol vervullen om vanuit data uit sensoren allerlei diagnoses te stellen en in samenhang te analyseren. Maarten den Braber, mede-oprichter van Singularity U, voorspelt dat technologie straks naadloos is verwerkt in een netwerk waarin zorgverlener en patiënt de belangrijkste onderdelen zijn. De verantwoordelijkheden verschuiven, omdat de patiënt de data van de eigen gezondheid beheert. De patiënt kan uit de vele technologische innovaties dan zelf kiezen wat het beste bij hem past, en is niet meer gelimiteerd door de opties die er nu zijn.[41]

---

[39] Samsung. *De nieuwe gezondheidszorgbeleving.* URL: http://www.samsung.com/nl/business/industry/healthcare/. Geraadpleegd op 8 december 2016.
[40] Samsung. *De nieuwe gezondheidszorgbeleving.* URL: http://www.samsung.com/nl/business/industry/healthcare/. Geraadpleegd op 8 december 2016.
[41] Skipr (2015). *E-health is geen apart onderdeel van de zorg.* URL: https://www.skipr.nl/actueel/id24016-e-health-is-geen-apart-onderdeel-van-de-zorg.html. Geraadpleegd op 25 november 2016.

2.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

In onze cultuur is zorg voor familie vrijwillig. De zorg voor kwetsbare burgers wordt voornamelijk door familie gedragen. Dit staat haaks op de beeldvorming van een individualistische maatschappij, waarin weinig voor anderen wordt gedaan. De participatiemaatschappij krijgt al volop vorm in de zorg voor zeer kwetsbare burgers. Om de participatiemaatschappij tot een succes te maken, is meer maatschappelijke waardering en facilitering van zorg door familie, buren en vrienden van groot belang.[42]

Het zorgen voor elkaar in familieverband is in Nederland heel stabiel, met veel contact en onderlinge steun. Wel is een herijking van sociale- en familiesteun nodig. Wat verandert is dat het vaker gaat om zelfgekozen afhankelijkheid: de kwaliteit van de relatie en gevoelens van genegenheid nemen de bovenhand boven gevoelens van verplichting. Volwassen kinderen zorgen graag voor hun ouders als de relatie goed is. Van de andere kant vinden ouders met de zorgvraag het niet altijd gemakkelijk om een beroep te doen op hun kinderen, bijvoorbeeld omdat de kinderen een gezin hebben en ouders hen niet extra willen belasten. De bereidheid onder oudere leeftijdsgroepen om informele zorg te ontvangen is geringer dan de bereidheid onder jongere leeftijdsgroepen om die te geven. Met kinderen en vrienden willen ouderen vooral een gezelligheidsband. De term mantelzorg is – mede in het licht van de recente stelselherziening in de zorg – misschien niet zo goed gekozen, het gaat meer om mantelsteun.[43]

Door een afnemend kindertal is er minder potentiële mantelsteun van kinderen te verwachten. Daarnaast zorgen ouderen in toenemende mate voor elkaar. Zo zijn er steeds meer (echt)paren waarvan de een voor de ander zorgt. In de toekomst zullen er echter ook meer alleenstaande ouderen zijn. Het verdient de voorkeur mantelsteun wat meer te organiseren vanuit een steunnetwerk, in plaats van deze op de schouders van een familielid of (eveneens kwetsbare) partner te laten rusten. Mantelsteun hoeft niet per se een familieaangelegenheid te zijn, waarbij vooral kinderen inspringen, maar met nieuwe woon-zorgarrangementen zouden ouderen ook elkaar kunnen ondersteunen.[44]

Nederland is een land met *defamilialisation of care*[45]. Overheidsbeleid is nu gericht op het verminderen van de defamilialisation, en het versterken van zorg en ondersteuning door de familie en het omliggende netwerk. Duyvendak stelt echter dat de meeste mensen helemaal niet meer voor andere willen zorgen. De verhouding tussen bijvoorbeeld ouders en kinderen, wil men zoveel mogelijk vrijwaren van de belasting voor elkaar te moeten zorgen. Afhankelijkheid van de overheid wordt door de meeste mensen niet als ongewenst ervaren, terwijl afhankelijkheid van familie wél als ongewenst wordt beleefd. De meeste Nederlanders vinden dat de overheid een grotere rol moet spelen bij de verzorging van ouderen. Minder dan 10% vindt het wenselijk dat in 2020 zieke mensen meer afhankelijk zijn van hun familie,

---

[42] Vernooij-Dassen, M. en M. Graff, IQ Healthcare Radboud UMC. Verpleeghuis 2025. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

[43] Meurs, P. en I. Doorten, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Variatie geboden. Zorg voor ouderen in 2025. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

[44] Meurs, P. en I. Doorten, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Variatie geboden. Zorg voor ouderen in 2025. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*

[45] Leitner, 2006.

en een ruime meerderheid is van mening dat het voor oude mensen beter is om in een tehuis te wonen dan afhankelijk te zijn van hun kinderen.

De zorg rondom de cliënt en zijn netwerk wordt veel persoonsgerichter. Bij het vaststellen van wat en cliënt nodig heeft, worden de cliënt en zijn sociaal netwerk het uitgangspunt. De zorg sluit aan op wat de cliënt nodig heeft en het eigen netwerk niet kan opvangen. Voor zorgmedewerkers betekent dit dat zij nauw samenwerken met informele zorgverleners en mantelzorgers, vrijwilligers en de cliënt zien als gelijkwaardige partners. Nu al verlenen ruim 2,3 miljoen mensen langer dan drie maanden mantelzorg aan hun naaste en verrichten ruim een half miljoen mensen vrijwilligerswerk. Informele zorgverleners (mantelzorgers en vrijwilligers) zijn nog meer dan nu de ruggengraat van de zorg en krijgen een steeds duidelijkere rol in de langdurende ouderenzorg en ondersteuning. In de toekomst beheert de cliënt zijn eigen medische en gezondheidsgegevens in een levenslang persoonlijk gezondheidsdossier en kent rechten toe aan zijn eigen netwerk en zijn zorgverleners om de gegevens in te zien. Op dit moment wil al 66% van de Nederlanders zo'n dossier.[46]

Voor cliënten nemen de mogelijkheden van zelfdiagnostiek, zelfbehandeling, zelfverwijzing en zelfregie toe. De cliënt krijgt in de toekomst dan ook steeds meer rollen. Het cliënt model van Nimer noemt de volgende rollen: gebruiker, betaler, inkoper, 'vraagverhelderaar' (specifier), beïnvloeder en verwijzer. Rollen die tot nu toe nog door zorgprofessionals, of soms in gezamenlijkheid met andere partijen, worden ingevuld.[47]

(Kinderen van) Cliënten zijn bovendien straks (nog) beter geïnformeerd dan nu. Ze weten wat ze willen, ze weten wat er kan. Ze zijn actief op sociale media en informeren elkaar. Kwaliteitsinformatie is voor iedereen beschikbaar, en dus zijn de mogelijkheden vergroot om zelf te kunnen kiezen. Cliënten zijn gemiddeld welvarender dan nu en hebben meer mogelijkheden om, al dan niet in het private domein, zorg bij te kopen wat niet in een pakket zit. Zij hebben daarbij ook andere prioriteiten ontwikkeld. Voorheen was 'de kinderen goed achterlaten' het belangrijkste spaardoel, tegenwoordig is dat steeds vaker een kwalitatief zo goed mogelijk oude dag. In de ING-studie 'dienstverlening voor de nieuwe ouderen' is dan ook de stelling, dat er een markt van circa 14 miljard euro ligt te wachten op aanbieders die erin slagen met vernieuwende dienstverleningsconcepten op de markt te komen. Daarvan is ongeveer 5,5 miljard woondiensten en circa 8,5 miljard overige seniorendiensten. De huidige markt is echter sterk aanbodgedreven, met weinig innovatie. Woonconcepten die voorzien in veiligheid (alarmeringsservice, standby (spoed)zorg, communicatie met zorgverleners via Internet), comfort, diensten die zelfstandigheid bevorderen, keuzevrijheid, mogelijkheden van sociaal contact (inclusie) en elkaar ondersteunen hebben de toekomst. Van verzorgd naar ontzorgd wonen. Ouderen zullen dan steeds vaker bereid zijn te betalen.

[46] Zoest, F. van, S. van der Weegen, E. Stapersma en Z. Huiting, Vilans Kenniscentrum voor langdurende zorg en Communiceren met verhalen. Anna zorgt voor appeltaart. Uit: Waardigheid en Trots (2016). *Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Bijdragen van betrokken personen en partijen.*
[47] *Plan van aanpak onderzoek naar 'coördinatiemechanismen en infrastructuur in de VVT sector'.* Naarden, 2016.

3. Visie op de zorg

De in het vorig hoofdstuk beschreven trends en ontwikkelingen in de zorg zijn van invloed op de visie op de zorg. In de klassieke opvatting gaat zorg om het behandelen van de ziekte en gebrek van de cliënt, waarbij wordt nagedacht over het soort aanbieders, producten of geldstromen. Meer recent wordt er echter in de zorg steeds meer uitgegaan van een meer brede opvatting, waarbij het welbevinden en de kwaliteit van leven van de cliënt centraal staan. Het gaat dan om fatsoenlijk kunnen leven, wonen, ouder worden en om te leren gaan met ziekte, gebrek en tegenslag. Het doel van de zorg is om zo goed mogelijk te kunnen (blijven) participeren in de samenleving, daaraan bij te dragen en om je daarin veilig te voelen.

De WHO definieert gezondheid als 'een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts het ontbreken van ziekte of gebrek'. Volgens arts-onderzoeker Machteld Huber is deze definitie echter praktisch onhandig, want het doel – compleet welbevinden – is haast onbereikbaar. Bovendien stimuleert deze definitie onbedoeld de medicalisering van de zorg. Maar belangrijker is volgens Huber nog dat de definitie van de WHO voorbijgaat aan het begrip 'veerkracht'. Terwijl haar onderzoeken bewijzen dat patiënten juist veerkracht en het kunnen voeren van eigen regie ervaren als een essentieel aspect van gezondheid. Als alternatief voor de definitie van de WHO wordt gezondheid dan gezien 'als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'.[48]

Machteld Huber gaat daarbij uit van 'positieve gezondheid', een term waarin de kracht van mensen wordt benadrukt en de focus minder ligt op de afwezigheid van ziekte. Gezondheid wordt hiermee in termen van veerkracht, functioneren en participeren gezien in plaats van alleen in somatische of psychische zin.[49] Bij deze zorg gaat het erom in functies en doelen van de zorg te denken. Functies van goede zorg zijn zo beschouwd: voorkomen, beperken, herstellen, en leren omgaan met. Bij die functies krijgen zaken een plaats zoals vitaliteit, leefstijl, hygiëne, voorlichting en opvoeding, therapietrouw, palliatie, en acceptatie.

3.1 De zorg thuis

Bij deze opvatting van zorg, strekt de zorg thuis verder dan de klassieke opvatting van thuiszorg, gedefinieerd als verpleging en verzorging thuis. De aandacht is nu bijvoorbeeld tevens gericht op welzijnsaspecten, hulp bij het huishouden en de wijze van wonen. Het sluit aan bij de nieuwe definitie van gezondheid[50], waarbij welbevinden en kwaliteit van leven centraal staan. Niet de afwezigheid van ziekte en gebrek bepalen gezondheid en kwaliteit van leven, maar 'coping': het omgaan met ziekte en gebrek. Niet het medisch model (diagnose en therapie, *what's the matter with you?)* staat centraal, maar een holistische benadering waarbij ook en vooral andere factoren dan zorg bepalend zijn voor welbevinden en kwaliteit van leven (*what matters to you?).*

[48] In voor zorg! (2015). *Lezing Machteld Huber: een nieuw concept voor gezondheid.* 30 november 2015.
[49] ZorgenZ, zorg in de praktijk (2015). *Machteld Huber verovert met positieve gezondheid de zorg.* 3 augustus 2015.
[50] Huber, M. Positieve gezondheid.

De komende jaren zal de vraag naar zorg thuis toenemen. Er komen niet alleen meer ouderen, zij beschikken voor een deel ook over meer financiële middelen dan de huidige ouderen en zullen langer zelfstandig blijven wonen. Daarnaast stijgt het aantal chronisch zieken. Mensen worden door de overheid gestimuleerd om langer thuis te blijven wonen, en zelf (deels) verantwoordelijkheid te nemen voor eigen vormen van ondersteuning, mede afhankelijk van het inkomen en vermogen. De verzorgingsstaat doet steeds meer een beroep op het eigen regel- en betaalvermogen. Het biedt anderzijds ook meer keuzevrijheid. Dit alles vergt een andere mindset van mensen.[51]

De private markt voor ondersteuning thuis zal zich de komende jaren verder ontwikkelen. De publieke markt voor ondersteuning via gemeenten krimpt momenteel doorgaans, vooral vanwege financiële taakstellingen, maar blijft bestaan. In de nabije toekomst zal ook deze markt weer groei vertonen. Op de publieke markt biedt de Wmo 2015 meer mogelijkheden om maatwerk te verlenen en nieuwe ondersteuningscombinaties te ontwikkelen. Gemeenteraden hebben de ruimte en mogelijkheden om eigen keuzes te maken over inkoop en inrichting van het voorzieningenniveau. De toepassing van eigen bijdragen is een instrument voor gemeenten om deze keuzes nader in te vullen.[52]

De Transitiecommissie Sociaal Domein introduceert het begrip ‘thuisondersteuning’ om deze vorm van zorg thuis te omschrijven. De Transitiecommissie omschrijft thuisondersteuning als allerhande praktische hulp in de thuissituatie bij alles wat in het dagelijks leven voorbij komt. De benodigde thuisondersteuning verschilt van persoon tot persoon, is dus altijd maatwerk. Het kan gaan om huishoudelijk werk, begeleiding, gezelschap, eenvoudige vormen van persoonlijke verzorging, maar ook om het verlichten van ondersteuning die mantelzorgers bieden, een informatieknooppunt bieden voor familie of het signaleren van ontwikkelingen op het gebied van zelfredzaamheid en participatie; dreigende (financiële) problematiek, eenzaamheid, beginnen dementie en is er op gericht om zwaardere en duurdere zorg en ondersteuning te voorkomen. Kort gezegd: vakmanschap in en om het huis gericht op preventie, het hervinden van welzijn en welbevinden en het langer thuis kunnen wonen. De Transitiecommissie Sociaal Domein verwacht dat er in de sector Thuisondersteuning een flexibele mix ontstaat van functies, levensbreed, modulair, die aansluit bij de wensen van een divers samengestelde doelgroep, vanuit verschillende financieringsstromen en met verbindingen naar welzijn, participatie en de wijk.[53]

3.2 De kwetsbare burger

In dit onderzoek richten wij ons op de zorg thuis voor de kwetsbare burger. Kwetsbaarheid wordt door ActiZ gedefinieerd als de gelijktijdige afname op meerdere gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden. Er is sprake van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk. Kwetsbaarheid ontstaat niet alleen door gezondheidsproblemen en de daaruit voortkomende beperkingen, maar ook door de mate waarin mensen beschikken over sociale vaardigheden,

[51] Transitiecommissie Sociaal Domein (2016). *Toekomstvisie thuisondersteuning.* Den Haag, 1 februari 2016.
[52] Transitiecommissie Sociaal Domein (2016). *Toekomstvisie thuisondersteuning.* Den Haag, 1 februari 2016.
[53] Transitiecommissie Sociaal Domein (2016). *Toekomstvisie thuisondersteuning.* Den Haag, 1 februari 2016.

financiële middelen en een sociaal netwerk.[54] Het Sociaal Cultureel Planbureau ziet kwetsbaarheid bij ouderen als een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden).[55] Movisie definieert kwetsbare burgers als burgers die risico lopen om een achterstand in de maatschappij op te lopen of in een sociaal isolement te raken, zoals chronisch zieken, hulp- en zorgbehoevende ouderen, verslaafden, dak- en thuislozen enz.[56] Het Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal domein hanteren een omschrijving van kwetsbaarheid die bestaat uit twee elementen. Van kwetsbaarheid is sprake wanneer (risico's op) problemen op meerdere leefgebieden samenhangen met een grotere draaglast dan draagkracht en een beperkt sociaal netwerk (element 1). Indien mensen die zich in een dergelijke situatie bevinden geen passende, samenhangende en effectieve zorg en ondersteuning krijgen, kunnen ze in een kwetsbare positie terecht komen waarbij het zicht op zelfredzaamheid en participatie in de samenleving steeds verder uit beeld verdwijnen (element 2).[57] Kwetsbare burgers hebben vaak moeite met zelfstandig gaan of blijven deelnemen. Kwetsbare mensen hebben voorzieningen op maat nodig. Dit heeft te maken met de diversiteit van hun problematiek, maar ook met het sociaal isolement waarin zij vaak verkeren.[58]

Zoals uit de definities blijkt, heeft kwetsbaarheid veel verschillende gezichten. Over het algemeen kan worden gesteld dat van kwetsbaarheid sprake is, wanneer de draaglast van een persoon (de problemen en opgaven waarvoor iemand zich gesteld ziet), langdurig groter is dan zijn draagkracht (zijn persoonlijke competenties en de hulpbronnen in de omgeving waarover hij of zij kan beschikken).[59] Er zijn veel verschillende groepen kwetsbaren te onderscheiden. Groepen die vaak als kwetsbaar worden beschouwd, zijn mensen: met een lichamelijke beperking, met chronisch psychische problemen, met een verstandelijke beperking, met psychosociale problemen, met financiële / materiële problemen, met opvoed-opgroeiproblemen, die betrokken zijn bij huiselijk geweld, die uitgestoten (dreigen te) worden wegens hun seksuele oriëntatie, en met meervoudige problematiek (waaronder verslaafden). De behoefte aan ondersteuning van de verschillende groepen is daarom ook divers; evenals de daarvoor benodigde activiteiten en relevante wettelijke kaders. De ondersteuningstaken liggen bij diverse organisaties. Een effectieve ondersteuning vraagt volgens GGD Brabant Zuidoost Helmond en ’s Hertogenbosch om een integrale aanpak en een herkenbare regierol van de gemeente.[60]

Gemeenten, welzijnsinstellingen, professionals en vrijwilligers zien zich voor de taak gesteld kwetsbare groepen burgers voldoende ondersteuning te bieden. Deelname aan de maatschappij en contacten met anderen zijn belangrijk voor alle burgers. Het bevorderen van

---

[54] ActiZ en InEen (2016). *Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken. HAP + Acute ouderenzorg.* Maart, 2016.
[55] Campen, Cretien van e.a. (2011). *Kwetsbare ouderen.* Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau.
[56] Movisie. *Kwetsbare burgers.* URL: https://www.movisie.nl/begrippenlijst/kwetsbare-burgers. Geraadpleegd op 15 september 2016.
[57] Samenwerken Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Toezichtkader Stelseltoezicht Volwassenen in het Sociaal Domein.*
[58] Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011 – Hart voor Brabant. *Deelrapport Kwetsbare burgers.* GGD Brabant-Zuidoost Helmond, GGD Hart voor Brabant ’s Hertogenbosch, mei 2011.
[59] Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011 – Hart voor Brabant. *Deelrapport Kwetsbare burgers.* GGD Brabant-Zuidoost Helmond, GGD Hart voor Brabant ’s Hertogenbosch, mei 2011.
[60] Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011 – Hart voor Brabant. *Deelrapport Kwetsbare burgers.* GGD Brabant-Zuidoost Helmond, GGD Hart voor Brabant ’s Hertogenbosch, mei 2011.

de gezondheid (door in te zetten op preventie en zorg) is een van de mogelijke aangrijpingspunten om sociale uitsluiting te voorkomen.[61] In dit onderzoek richten wij ons de zorg thuis voor kwetsbare mensen, waarbij het dus niet alleen gaat om mensen die te kampen hebben met gezondheidsproblemen maar ook ondersteuning nodig hebben bij het hervinden van welzijn en welbevinden en het langer thuis kunnen wonen.

Tussen wal en schip

Met de invoering van de decentralisaties waarschuwde Kim Putters dat "als het tegenzit, de meest kwetsbare mensen tussen wal en schip zullen vallen".[62] In Nederland zijn verschillende praktijken te onderscheiden, die dezelfde zorgen hebben ofwel initiatieven hebben opgericht om de kwetsbare burgers te ondersteunen.

Zo maakt de Seniorenraad Arnhem zich grote zorgen over specifiek de oudere ouderen (75+) en daarbinnen de groep kwetsbaren onder wie dementerende, gehandicapte en chronisch zieke ouderen. Net als alle andere burgers worden ook zij geconfronteerd met de door de gemeente gewenste veranderingen zonder dat zij door hun beperkingen hierin kunnen participeren. Met het wegvallen van sociale netwerken, kinderen vaak op afstand wonend, de toenemende digitalisering en het wegvallen van (semi)intramurale voorzieningen dreigt voor deze kwetsbare groep ouderen sociale uitsluiting. Met de decentralisering van zorg middels wijkteams is nu al een aantal knelpunten te constateren. Zo zijn administratieve regeldruk en bureaucratisering sterk toegenomen voor zowel cliënten als zorgaanbieders. Op de vermelding na dat 'overheid en professionals altijd de verantwoordelijkheid dragen voor een vangnet voor mensen die niet in staat zijn te voorzien in de basisbehoeften' is in de Perspectiefnota 2016-2019 van de gemeente Arnhem geen enkele paragraaf gewijd aan kwetsbare ouderen en psychisch- en chronisch zieken. Er staat niets over de noodzakelijke specifieke aandacht met mogelijk een andere aansturing die vanuit het gemeentebestuur aan deze groep besteed zal worden. De Seniorenraad dringt er bij de gemeente op aan dat voor de kwetsbare groepen burgers specifieke programma's worden opgesteld met geoormerkte financiële middelen, zodat zij niet tussen wal en schip geraken.[63]

Zonnehuisgroep Noord, een organisatie voor welzijn, wonen en zorg in Noord-Oost en West-Groningen, signaleerde dat door de bezuinigingen 55-plussers die niet in aanmerking komen voor een indicatie, maar wel ondersteuning nodig hebben, tussen wal en schip vallen. Deze ouderen maken doorgaans geen gebruik van reguliere welzijnsactiviteiten, maar komen tegelijkertijd niet in aanmerking voor een indicatie dagverzorging. Dit betekent dat de mantelzorgers van deze ouderen veel meer zorg verlenen. De dagopvang vindt een maal per week plaats op drie verschillende locaties van ASWA, SW&D en Zonnehuisgroep Noord. Het aanbod is bedoeld voor 55-plussers die niet in aanmerking komen voor een indicatie, maar wel zorg nodig hebben. De gemeenten betalen de niet-geïndiceerde dagopvang vanuit de Wmo. Van cliënten wordt een eigen bijdrage verwacht van 5 euro per dag. Inbegrepen zitten activiteiten, warme maaltijden en drinken. De financiering is geborgd voor een periode van drie jaar.[64]

---

[61] Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011 – Hart voor Brabant. *Deelrapport Kwetsbare burgers.* GGD Brabant-Zuidoost Helmond, GGD Hart voor Brabant 's Hertogenbosch, mei 2011.
[62] Vrij Nederland (2014). *Kim Putters over decentralisatie en participatie.* 20 augustus 2014.
[63] Seniorenraad Arnhem. *Opinie Perspectiefnota 2016-2019. Kwetsbare burgers niet tussen wal en schip.*
[64] Expertisecentrum mantelzorg. *Zonnehuisgroep Noord: Dagactiviteiten voor ouderen tussen wal en schip.*

Uit een peiling van Vilans blijkt dat er mensen zijn die ondersteuning nodig hebben, maar door de transitie tussen wal en schip dreigen te raken. Het gaat om mensen waarvan je aan de buitenkant niet ziet dat ze een beperking hebben, zoals mensen met autisme of een psychische stoornis. Vilans hield de peiling onder 17 professionals en ervaringsdeskundigen met specialistische kennis uit de praktijk, beleid en management. Zij geven aan dat ze niet weten om hoeveel mensen het gaat, maar het betreft in ieder geval vijf groepen cliënten: met een zintuigelijke beperking, met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek, met autisme, met een niet-aangeboren hersenletsel en met een ernstige psychiatrische stoornis. Deze vijf groepen hebben gemeen dat je aan de buitenkant meestal niet ziet dat ze een kwetsbaarheid hebben. Ze functioneren vaak prima tot er een levensgebeurtenis plaats vindt: ze krijgen kinderen of er overlijdt iemand in hun directe omgeving. Dan blijkt dat ze niet meer zelfstandig kunnen functioneren, dat het ze niet lukt om zelf passende zorg te regelen en dat ze ook geen mensen om zich heen hebben die dat voor hen oppakken.[65]

Vilans illustreert de casuïstiek aan de hand van verschillende incidenten die in 2015 in het nieuws zijn gekomen. 'Gemeenten overschatten licht verstandelijk beperkten', luidt een kop na een sterfgeval in Zoetermeer in een gezin met ouders met een licht verstandelijke beperking. Volgens Vilans wordt vervolgens op NOS Radio gewaarschuwd dat 'gemeenten autisten laten vallen'. En dat in Metronieuws een artikel verschijnt dat medewerkers in de GGZ zich zorgen maken over het rappe tempo waarin het aantal plekken in instellingen wordt afgebouwd. Vilans geeft aan dat het resultaat is dat steeds meer verwarde mensen hun toevlucht zoeken in treinen en op straat. Door de scheiding van de wetten gaat het te vaak over onder welke wet iemand valt en te weinig over wat iemand nodig heeft. Er wordt heen en weer geslingerd met klanten. Gemeenten lijken niet voldoende expertise in huis te hebben om de ondersteuningsvraag goed in beeld te krijgen en kennen de professionals met specialistische kennis van deze doelgroepen nog onvoldoende. In de situatie waarin het wijkteam en specialisten al wel samenwerken, zijn de professionals uit de praktijk positief.

3.3 Verantwoordelijkheid voor en coördinatie van de zorg thuis

Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid zijn belangrijke termen die met de decentralisaties veel gebruikt worden. Ze vormen de kern van twee belangrijke veranderingen die al een tijd gaande zijn en die nu versneld worden door de decentralisaties en de bezuinigingen. In de eerste plaats is onze kijk op de samenleving en op de rol van overheid en burgers aan het veranderen. De kosten van de verzorgingsstaat zijn sterk gestegen en er is onvoldoende ruimte voor oplossingen en initiatieven van burgers zelf. Daarom veranderen we richting een participatiesamenleving: de rol van de overheid in de zorg en ondersteuning wordt kleiner, en burgers gaan meer voor zichzelf en elkaar zorgen. De overheid concentreert zich op het bieden van een vangnet voor de meest kwetsbare burgers.[66]

De tweede verandering is de emancipatie van burgers, cliënten en patiënten. Burgers worden steeds mondiger en cliënten- en patiëntenorganisaties eisen steeds meer invloed op beleid en uitvoering van zorg en ondersteuning. Patiënten en cliënten benadrukken dat ze naast hun rol als patiënt en cliënt ook gewoon burger zijn en een waardevol leven willen leiden. Het gaat

[65] Vilans (2016). *Steeds meer verwarde mensen belanden op straat. Laat mensen niet tussen wal en schip vallen.* Maart, 2016.
[66] Movisie (2013). *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward.*

niet alleen om genezing, vermindering van klachten of het krijgen van voldoende verzorging; het gaat erom dat mensen met beperkingen hun leven kunnen leiden op een manier die bij hen past. Om volwaardige participatie aan de samenleving mogelijk te maken, ook voor mensen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning, is maatwerk nodig: ondersteuning die aansluit bij hun mogelijkheden, wensen en voorkeuren.[67]

Mensen worden dus gevraagd om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen in het organiseren van de zorg thuis. De rol van de overheid verschuift daarmee van beschermend naar versterkend: "ik hielp en beschermde je, maar nu zorg ik ervoor dat je het zoveel mogelijk zelf kunt doen". Het doel lijkt daarbij niet langer uitkomstengelijkheid te zijn, maar kansengelijkheid.[68] De overheid zorgt voor de kaders om een ieder gelijke kansen te geven, maar het is aan de burgers zelf om deze vervolgens ook daadwerkelijk te benutten. In het licht van bovenstaande veranderingen zijn zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid aansprekende begrippen: niemand is er in principe tegen.[69]

Er zijn echter ook risico's te onderscheiden. Zo geeft Kim Putters aan dat rekening moet worden gehouden met de verschillen tussen de bovenlaag en de achterblijvers in de samenleving. Hij stelt dat Nederland lange tijd een klassiek 'sociaal contract' tussen werknemers, werkgevers en overheden kende om structurele onrechtvaardigheden in de verdeling van inkomen, kennis en macht te voorkomen. De verzorgingsstaat verzekerde ons van zorg, bijstand of pensioen. Het politieke systeem garandeerde de vrije meningsuiting en een tolerante samenleving. De economie zorgde voor welvaart en groei. De politieke, maatschappelijke en economische instituties boden stabiliteit en zekerheid. Maar het vertrouwen in dit oude 'sociaal contract' is verdwenen. De verzorgingsstaat is ingeperkt om voorzieningen betaalbaar te houden en nabuurschap te bevorderen. De economie wordt internationaal gestuurd en robotisering ontneemt de middengroep banen. Migratiestromen en terreur brengen de veiligheid in gevaar. Politieke vrijheden worden getart door radicalisering en korte lontjes. Politici, bestuurders en ondernemers hebben de touwtjes steeds minder in handen. Hun besluiten lijken het belang van de bovenlaag te dienen. De verschillen tussen bovenlaag en achterblijvers groeien. Kim Putters stelt daarom dat het tijd is voor een nieuw sociaal contract. Ankerpunten voor een dergelijk nieuw sociaal contract zijn onder meer:

- Verbreed het welvaartbegrip: economische groei richt zich te weinig op kwaliteit van leven en geluk, en te veel op inkomen en koopkracht. Welvaart raakt ongelijker verdeeld, en het onbehagen groeit.
- Herijk de definitie van solidariteit: er zijn al jaren maatschappelijke scheidslijnen, en de scheidslijnen langs leeftijd, opleidingsniveau en etniciteit verdiepen zich. Ze ondermijnen de onderlinge solidariteit.
- Nieuwe gedeelde cultuur, gebaseerd op respect, tolerantie en bestrijding van radicalisme: gescheiden werelden leiden tot gebrekkige identificatie en binding. Dat vertaalt zich naar verschillen in leefstijl, maar ook in uitsluiting.[70]

---

[67] Movisie (2013). *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward.*
[68] Kalshoven/Argumentenfabriek.
[69] Movisie (2013). *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward.*
[70] NRC (2016). *Kim Putters.* 9 juli 2016.

Een ander risico is gelegen in het onvoldoende kennis hebben van de sociale kaart op lokaal niveau. De nieuwe definitie van zorg en de andere taakopvatting van de overheid hebben met elkaar gemeen dat de schaal van wijken en buurten de meest passende lijkt. De veronderstelling is dat daar kennis is over de sociale kaart en dat er vanwege de nabijheid beter kan worden ingespeeld op de behoeften van bewoners. Maar uit onderzoek van Joris Slaets blijkt dat veel gemeenten hun populatie niet dusdanig kennen dat zij inzichten hebben in hoeveel kwetsbare burgers er zijn en welke ondersteuningsvragen zij hebben.

Er is dus sprake van een zekere overeenstemming over de richting van de invulling van de zorg thuis voor kwetsbare mensen: uitgaan van positief welbevinden, zelfredzaamheid in de thuissituatie stimuleren, en kijken over domeingrenzen heen – niet alleen welzijn, maar ook wonen en zorg. Onduidelijk is echter nog hoe deze zorg georganiseerd dient te worden. De veranderende zorgvisie is van invloed op de wijze waarop je invulling geeft aan de coördinatie van een samenhangend zorgaanbod. Maar wie is nu verantwoordelijk voor het borgen van de continuïteit van de zorg thuis voor kwetsbare burgers? Wie zorgt voor de coördinatie tussen de verschillende betrokken partijen om een samenhangend zorgaanbod te realiseren? Over deze organisatievragen gaat dit onderzoek.

In dit onderzoeksrapport gaan wij nader in op de institutionele context, waarin de basisvoorzieningen voor kwetsbare mensen worden georganiseerd. Het huidige zorgstelsel is historisch gegroeid vanuit geïnstitutionaliseerde wetten, regels en algemeen geldende normen en waarden die het functioneren van het zorgstelsel beïnvloeden. Om te weten hoe de basisvoorzieningen zo goed mogelijk kunnen worden geborgd en gecoördineerd, is het van belang om eerst te begrijpen in welke context dit dient plaats te vinden. Hoe is de zorg in Nederland nu eigenlijk georganiseerd? In dit deel van het onderzoek zetten wij uiteen op welke wijze het Nederlandse zorgstelsel institutioneel georganiseerd is.

4. Het zorgstelsel in Nederland

Het gedachtegoed achter het huidige Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op bekende internationale principes: toegang tot zorg voor iedereen, solidariteit via een voor iedereen verplichte en toegankelijke zorgverzekering, en goede kwaliteit van zorg. Het zorgstelsel in Nederland wordt geregeld met vier stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Daarnaast zijn er enkele algemene wetten (zoals de Mededingingswet) en een aantal specifieke zorgwetten (zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen).[71]

De Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg gebruiken verreweg het grootste gedeelte van het budget dat in Nederland beschikbaar is voor de zorg. De Wlz heeft een landelijke uitvoering. Bij de uitvoering van de Zvw spelen private zorgverzekeraars een belangrijke rol in een stelsel waarbij er sprake is van gereguleerde marktwerking onder publieke randvoorwaarden. De Wet maatschappelijke ondersteuning en de Jeugdwet zijn er voor de overige vormen van zorg en ondersteuning. De ongeveer 400 Nederlandse gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de uitvoering van deze twee wetten.[72]

Het huidige zorgstelsel is goed te duiden door naar de recente veranderingen te kijken. In 2006 trad de Zorgverzekeringswet in werking; een wet die iedere Nederlander van een breed basispakket aan zorg verzekert en die de uitvoering overlaat aan private, elkaar beconcurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er zijn in Nederland 24 risicodragende zorgverzekeraars actief. Door een proces van (selectieve) contractering kunnen zorgverzekeraars bij de inkoop invloed uitoefenen op de doelmatigheid en kwaliteit van zorg die de zorgaanbieders leveren. Ook burgers kunnen invloed uitoefenen, doordat zij elk jaar naar een andere zorgverzekeraar kunnen overstappen en via vertegenwoordigingen invloed hebben op het beleid van zorgverzekeraars en bij zorginstellingen. De Wlz, de Wmo en de Jeugdwet zijn in hun huidige vorm sinds 2015 van kracht. De Wlz wordt op landelijk niveau in opdracht van de rijksoverheid uitgevoerd door Wlz-uitvoerders. De uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet ligt bij de gemeenten, die de ondersteuning, hulp of zorg zelf aanbieden of met de inzet van een zorgaanbieder.[73]

Drijfveren achter deze wetten zijn de kansen om de kwaliteit van zorg te verbeteren, een integrale aanpak te bevorderen en de zorg in tijden van vergrijzing en chronische aandoeningen toegankelijk en betaalbaar te houden. Uitgangspunt in deze domeinen zijn niet de tekortkomingen, maar de mogelijkheden van de mensen. In eerste instantie wordt er een beroep gedaan op het eigen netwerk en middelen voor ondersteuning, maar de

[71] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Het Nederlandse Zorgstelsel.* Den Haag, januari 2016.
[72] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Het Nederlandse Zorgstelsel.* Den Haag, januari 2016.
[73] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Het Nederlandse Zorgstelsel.* Den Haag, januari 2016.

ondersteuning is altijd beschikbaar voor diegenen die er niet zelf in kunnen voorzien. Wie is aangewezen op toezicht 24-uurszorg in de nabijheid, heeft recht op zorg uit de Wlz.[74]

In de Wmo is sinds 2015 het verzekerd recht op zorg en ondersteuning komen te vervallen. Niet langer wordt er gesproken over een 'compensatieplicht', maar de gemeente heeft nu een 'resultaatverplichting': niet de compensatie van een gebrek staat centraal, maar het zorg dragen voor een resultaat. Dat betekent bijvoorbeeld dat niet automatisch een maaltijdservice wordt ingeschakeld als het gewenste resultaat is dat iemand dagelijks een warme maaltijd eet. Er is ruimte voor andere, mogelijk beter passende oplossingen. Zo kan een cliënt het prettig vinden om vaker bij familie te eten, om wekelijks aan te schuiven bij een maaltijdgroep of om vrijwillige hulp te krijgen bij het koken thuis. Als gevolg van deze verandering hebben gemeenten afspraken moeten maken met aanbieders en maatschappelijke organisaties op het gebied van zorg, welzijn, wonen en arbeid en hebben ze de toegang tot voorzieningen opnieuw en anders ingericht.[75]

Met de inrichting van de zorg wordt beoogd drie publieke belangen zo goed mogelijk te borgen: het leveren van kwalitatief goede zorg en ondersteuning die voor iedere Nederlander toegankelijk en betaalbaar is. Dit bepaalt voor een belangrijk deel de eisen aan de institutionele inrichting van het stelsel, dat een mengvorm is van zowel marktelementen als van publieke interventies omwille van doelmatigheid en solidariteit. Hierbij geldt ook het subsidiariteitsbeginsel: (overheids)taken worden op het laagste niveau uitgevoerd, waarop dit goed en efficiënt mogelijk is. Ook wordt waar mogelijk het profijtbeginsel gehanteerd. Dit houdt in dat de baat en de last zo dicht mogelijk bij elkaar blijven, omdat dit de doelmatigheid en doeltreffendheid bevordert.

Het zorgstelsel wordt landelijk vormgegeven, maar de uitvoering van de zorg thuis voor kwetsbare mensen speelt zich uiteindelijk af op het lokale niveau. In het navolgende zetten wij uiteen op welke wijze de zorg op lokaal niveau georganiseerd is en welke partijen een belangrijke rol spelen in het leveren van deze zorg.

4.1 Inkoop van zorg

Zorgverzekeraars en gemeenten zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het organiseren van zorg op wijkniveau. Persoonlijke verzorging en wijkverpleging, langdurige GGZ met behandeling, extramurale behandeling, extramurale palliatieve zorg en intensieve kindzorg worden geregeld binnen de zorgverzekeringswet, wat betekent dat zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor deze vormen van zorg. Zorgverzekeraars moeten zelf zorg op prijs en kwaliteit inkopen bij thuiszorginstellingen en andere zelfstandige zorgverleners die thuiszorg verlenen.[76]

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen, zoals huishoudelijke hulp, dagbesteding en begeleiding, ondersteuning bij

[74] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Het Nederlandse Zorgstelsel.* Den Haag, januari 2016.
[75] Movisie (2016). *Wijzigingen AWBZ en Wmo: een overzicht.* 7 juli 2016.
[76] Zorgwijzer.nl (2014). *Wat gaan zorgverzekeraars betekenen voor de thuiszorg?* URL: http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/wat-gaan-zorgverzekeraars-betekenen-voor-de-thuiszorg. Geraadpleegd op 16 november 2016.

zelfredzaamheid en participatie, beschermd wonen en opvang, ondersteuning van mantelzorg en cliëntenondersteuning. De decentralisaties vragen van gemeenten dat zij in staat zijn om door vergaande interactie met anderen besparingen realiseren – door slimme inkoop, door aangescherpte selectie, slimmere preventie, maar ook door diepgaande coproductie met cliënten en professionals. Die besparing is niet alleen gehoopt, maar is meteen ook al ingeboekt, wat betekent dat het voor gemeenten een noodzaak is om tot een efficiënte samenwerking te komen met anderen.[77]

Na de decentralisaties wordt door gemeenten bovendien expliciet een beroep gedaan op de inzet van vrijwilligers, mantelzorgers en de eigen netwerken rondom huidige of potentiële cliënten in het sociale domein. De decentralisaties proberen in te spelen op de eigen kracht van mensen, om problemen te verhelpen maar ook om ze te voorkomen. Gemeenten gaan daarom intensieve relaties aan met professionals, maatschappelijke partijen en burgers. Die gaan in veel gevallen – dat is althans de uitdrukkelijke bedoeling van het beleid – voorbij aan het alleen inkopen of contracteren van diensten, maar hebben meer het karakter van coproductie en/of sturen aan op eigen kracht.[78]

Naar schatting komt momenteel ongeveer 50 procent van het gemeentelijk budget ten laste van uitgaven aan zorg- en participatiebeleid. Daarmee versterken de decentralisaties de regierol van gemeenten op de zorgterreinen jeugdhulp, hulp aan langdurig zieken en ouderen en werk en inkomen.[79]

4.2 Uitvoering van zorg

Naast de inkoop van zorg zijn gemeenten ook verantwoordelijk voor het afgeven van de juiste indicaties aan burgers met een zorgbehoefte en de levering van zorg aan haar inwoners. Voor veel van de nieuwe zorgtaken geldt dat gemeenten deze niet in eigen beheer uitvoeren, maar uitbesteden aan zorgaanbieders, ondanks dat de belangen van gemeenten en aanbieders doorgaans niet volledig op één lijn liggen. Hierbij kan gedacht worden aan een gemeente die op zoek is naar de beste zorg voor haar burgers tegen zo laag mogelijke kosten, terwijl een zorgorganisatie ook haar continuïteit wil waarborgen en/of een winstoogmerk heeft. Deze tegengestelde belangen zijn niet altijd te relateren aan financiële prikkels: zo kan ook de intrinsieke motivatie van zorgverleners om cliënten intensief te behandelen op gespannen voet staan met de wens tot kostenbeheersing van gemeenten.[80]

Onderstaande tabel dat is opgesteld door het Centraal Planbureau geeft schematisch de wijze weer waarop de meerderheid van de gemeenten de verschillende zorgtaken beleggen.

[77] Steen, M. van der, J. de Hoog, A. Wendt en M. van Twist (2013). *Omgaan met het onbekende. Een reflectie op de voorbereiding op de drie decentralisaties.* Den Haag, Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
[78] Steen, M. van der, J. de Hoog, A. Wendt en M. van Twist (2013). *Omgaan met het onbekende. Een reflectie op de voorbereiding op de drie decentralisaties.* Den Haag, Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
[79] CPB (2015). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein.* Den Haag, 10 december 2015.
[80] CPB (2015). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein.* Den Haag, 10 december 2015.

Tabel 2.1 Overzicht van de wijze waarop de meerderheid van de gemeenten de verschillende zorgtaken beleggen.[5]

	Indicatiesteller	Uitvoerder	Controleur
Lichte ondersteuning		Wijkteam	Gemeente
Specialistische hulp	Wijkteam	Zorgaanbieder	Gemeente (GGD)

Indicatiestelling voor lichte ondersteuning is niet ingevuld, omdat in vrijwel geen enkele gemeente deze taak bestaat. Inwoners kunnen gebruik maken van basisondersteuning zonder dat hier een beschikking voor nodig is. Voorbeelden van basisondersteuning zijn de onafhankelijke cliëntondersteuning bij keukentafelgesprekken, lichte individuele ondersteuning, laagdrempelige dagbesteding en vrij toegankelijke inloopfaciliteiten (buurthuis). Lichte ondersteuning is doorgaans vrij toegankelijk (zonder beschikking) en belegd in wijkteams, terwijl specialistische hulp alleen per beschikking toegankelijk is en wordt ingekocht bij zorgaanbieders.[81]

De uitvoering van de lichte ondersteuning vindt in veel gemeenten in sociale wijkteams plaats. Wijkteamleden bepalen via een keukentafelgesprek de zorgbehoefte van de cliënt, activeren het eigen netwerk van de cliënt en bieden lichte (preventieve) zorg. Daarnaast vervult het wijkteam de rol van indicatiesteller voor specialistische zorg indien opschaling nodig wordt geacht. De vormgeving van wijkteams bepaalt dus voor veel gemeenten in hoeverre twee van de gemeentelijke zorgtaken in tabel 2.1, namelijk de uitvoering van lichte ondersteuning en de indicatiestelling voor specialistische hulp, worden uitbesteed. Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen gemeenten voor wat betreft de vormgeving van deze teams. Er bestaan vier verschillende organisatiemodellen van wijkteams:

1. De gemeente voert de wijkteams in eigen beheer uit. Specialisten van zorginstellingen komen in dienst van de gemeente of worden gedetacheerd.
2. De gemeente besteedt het wijkteam uit aan meerdere aanbieders, waarbij medewerkers van het wijkteam in dienst blijven van hun moederorganisatie. Financiering van de wijkteams is op basis van een inkoop- of subsidierelatie. De gemeente stuurt als opdrachtgever het wijkteam via contractuele voorwaarden en uitvoeringseisen.
3. De gemeente besteedt het wijkteam uit aan één of meerdere hoofdaannemers. Deze hoofdaannemers, vaak aanbieders in de tweede lijn, krijgen een vast budget om naar eigen inzicht de wijkteams vorm te geven. De hoofdaannemer treedt richting de gemeente op als penvoerder en is verantwoordelijk voor de uitvoering binnen de contractuele kaders.
4. De gemeente brengt de wijkteams onder bij een zelfstandige entiteit die losstaat van gemeente en zorgaanbieders. Wijkteams zijn in dienst van dit zelfstandige orgaan. De gemeente blijft eindverantwoordelijk voor de taken van het wijkteam en moet dus wel controle en toezicht uitoefenen op de zelfstandige wijkteams.[82]

---

[81] CPB (2015). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein.* Den Haag, 10 december 2015.
[82] CPB (2015). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein.* Den Haag, 10 december 2015.

Uit een peiling van Movisie onder 224 gemeenten blijkt dat bijna de helft van de gemeenten voor het eerste model kiest en ongeveer een kwart voor het tweede model. De andere twee organisatievormen worden elk door minder dan 5 procent van de gemeenten gekozen en zijn daarmee veel minder in trek. Het overige deel van de gemeenten, ruim 20 procent, kiest voor een variatie op een van de hierboven beschreven modellen. Een voorbeeld hiervan zijn gemeenten die het wijkteam in eigen beheer nemen zonder dat de specialisten die plaatsnemen in het team bij de gemeente in dienst komen of gedetacheerd worden.[83]

Gemeenten besteden (de uitvoering van) specialistische zorg en ondersteuning zonder uitzondering uit aan zorgaanbieders. Voor een aantal zorgvormen geldt simpelweg een wettelijke verplichting deze uit te besteden en bovenregionaal of zelfs landelijk in te kopen bij aanbieders van deze specialistische zorgvormen. Voor een aantal andere specialistische zorgvoorzieningen zijn gemeenten vrij om te kiezen of zij deze uitbesteden of in eigen beheer uitvoeren. Toch kiezen gemeenten ervoor ook deze zorg in te kopen bij marktpartijen. Zorgaanbieders hebben immers de benodigde capaciteit en kennis over de zorgproblematiek in huis die niet aanwezig zijn binnen het ambtelijke apparaat.

Wijkverpleegkundigen en huisartsen

Met de decentralisaties komt de wijkverpleegkundige terug als spil van de zorg in de buurt. Wijkverpleging wordt gedefinieerd als: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Werkzaamheden als coördineren, signaleren, coachen en individuele, geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie vallen expliciet onder de wettelijke aanspraak wijkverpleging. Door kwalitatief goede zorg dichtbij huis te bieden wordt bevorderd dat ouderen en mensen met een chronische ziekte langer thuis kunnen wonen en wordt bijgedragen aan het betaalbaar houden van langdurige zorg. De wijkverpleegkundige stuurt op zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik.[84] Wijkverpleegkundigen worden betaald vanuit de Zorgverzekeringswet.

Wijkverpleegkundige stellen zelf indicaties op. In samenwerking met de huisarts vormen wijkverpleegkundige de toegang tot de professionele zorg. Zij zijn de verbindende schakel tussen mensen die zorg nodig hebben en zorgaanbieders binnen zorg, wonen en welzijn. Verder nemen wijkverpleegkundige deel aan de sociale wijkteams, waarbinnen zij de verbinding leggen tussen medische en sociale hulpverleners. De wijkverpleegkundige heeft dus een centrale plek in de wijk en vormt de verbinding tussen het medische en het sociale domein.

De huisarts is samen met zijn team en de wijkverpleegkundige de spil in de zorg voor thuiswonende kwetsbare patiënten. Huisarts en wijkverpleegkundige kunnen als ideale tandem fungeren, omdat wijkverpleegkundige dingen zien die huisartsen vaak niet te zien krijgen. De huisarts is de generalist van de cure, de wijkverpleging is de generalist van de care en heeft overzicht over zowel de care als welzijn.[85]

[83] CPB (2015). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein.* Den Haag, 10 december 2015.
[84] LHV Huisartsenkring Midden-Nederland (2014*). Literatuuronderzoek Huisarts en wijkverpleegkundige na 1 januari 2015.* Juli 2014.
[85] LHV Huisartsenkring Midden-Nederland (2014*). Literatuuronderzoek Huisarts en wijkverpleegkundige na 1 januari 2015.* Juli 2014.

4.3 Toezicht op zorg

De gemeentelijke zorgtaken omvatten ook het toezicht op de uitvoering van de uitbestede zorgtaken. Toezicht en inspectie op de ondersteuning voor volwassenen is in de Wmo nadrukkelijk bij gemeenten belegd: de gemeente dient ambtenaren aan te stellen die toezicht houden op de naleving van de Wmo. De gemeente dient toezicht te houden op de wettelijke bepalingen en de nadere invulling hiervan in de gemeentelijke verordening. De gemeente stelt deze kwaliteitseisen aan zorgverleners gewoonlijk in het kader van de aanbesteding, dus in de contracten. Een deel van het toezicht wordt dan ook ingevuld door diegene die toeziet op de naleving van het contract (contract- of relatiemanagers). Het toezicht houden op de kwalitatieve uitvoering van zorgverlening vergt echter ook inhoudelijke expertise en om deze reden brengen veel gemeenten het toezicht mede onder bij de GGD. De GGD is een regionaal georganiseerd samenwerkingsverband van de gemeenten in de betreffende regio. Een deel van het toezicht vindt dus plaats binnen de eigen gemeentelijke organisatie en (soms) een deel ook in georganiseerd verband.[86]

Toezicht neemt dus enerzijds de vorm aan van het toezien op de naleving van contracten (op gemeentelijk niveau, of bij een gemeenschappelijk inkoopbureau) en anderzijds op de bepalingen in wet en verordening (op gemeentelijk of bovengemeentelijk niveau, bijvoorbeeld de GGD). Deze twee vormen van toezicht liggen logischerwijs rechtstreeks in elkaars verlengde, omdat de kwaliteitseisen en voorwaarden die gemeenten bij het inkopen stellen, voortvloeien uit de wet en de gemeentelijke verordening.[87]

[86] CPB (2015). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein.* Den Haag, 10 december 2015.

[87] CPB (2015). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein.* Den Haag, 10 december 2015.

5. Coördinatie van de zorg

Met de decentralisaties hebben gemeenten de vrijheid om budgetten naar eigen inzicht te verdelen. Maar zeer specialistische zorg, zorg die door individuele gemeenten niet groots wordt ingekocht vanwege het specialistische karakter, wordt steeds gefragmenteerder, met steeds kleinere budgetten ingekocht. Dit is het gevolg van de optelsom van keuzes van individuele gemeenten. Het verzwakken van de specialistische zorginfrastructuur kan desastreuze gevolgen hebben voor patiënten die specialistische zorg nodig hebben. Het heeft zorgelijke effecten voor het voortbestaan van deze instellingen alsmede voor het niveau van specialistische kennis en kunde. Wie gaat hier optreden als marktmeester?[88]

Taken en verantwoordelijkheden zijn na de decentralisaties verdeeld onder verschillende betrokken partijen. De zorg wordt zo uitgevoerd door een veelheid aan partijen, waarbij iedere partij verantwoordelijk is voor zijn eigen gedeelte. De vraag is dan hoe ervoor wordt gewaakt dat er met de veelheid aan (steeds wisselende) partijen een samenhangend zorgaanbod wordt gerealiseerd? Vindt er coördinatie plaats tussen partijen die de continuïteit en samenhang van de zorg dient waar te borgen? In dit hoofdstuk komen praktijkvoorbeelden aan bod, waarin coördinatie van de zorg centraal staat.

Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein

De inspecties Jeugdzorg, Gezondheidszorg, Onderwijs, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Veiligheid en Justitie hebben de afgelopen jaren binnen Samenwerkend Toezicht Jeugd nauw samengewerkt in het toezicht op het jeugddomein. Vanaf 2016 is deze samenwerking geïntensiveerd en verbreed naar het sociaal domein. Hierdoor is Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (STJ/TSD) ontstaan en is een nieuw toezichtkader ontwikkeld. Het toezichtkader 'Stelseltoezicht volwassenen in het Sociaal Domein' stelt kwetsbare volwassenen centraal en kijkt specifiek hoe de zorg en ondersteuning voor hen uitpakt. Is die zorg en ondersteuning passend, samenhangend en effectief? De inspecties bekijken dit aan de hand van drie thema's: 1. Zorg en ondersteuning op maat, 2. Signaleren en handelen, en 3. Lokale samenhang. De inspecties vatten zorg en ondersteuning breed op. Het gaat om zorg en ondersteuning op het vlak van werk en inkomen, dagbesteding, wonen, veiligheid en gezondheid.[89]

De resultaten van zorg en ondersteuning voor volwassenen vormen het vertrekpunt van het toezichtkader. Daarbij hebben de inspecties ervoor gekozen om zich met nadruk te richten op de zorg en ondersteuning voor volwassenen die in verminderde mate zelfredzaam zijn en daardoor niet volwaardig en actief (kunnen) participeren in de maatschappij. Deze mensen kunnen – als zij geen passende, samenhangende en effectieve zorg en ondersteuning krijgen – in een kwetsbare positie terecht komen, waarbij het zicht op zelfredzaamheid en participatie in de samenleving steeds verder uit beeld verdwijnt. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die functioneren op het niveau van een licht verstandelijke beperkte, justitiabelen,

[88] Transitiecommissie Sociaal Domein (2016). *Vijfde rapportage TSD: Transformatie in het Sociaal Domein; de praktijk aan de macht.* Den Haag, 30 september 2016.
[89] Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Nieuw toezichtkader 'Stelseltoezicht volwassen in het Sociaal Domein'.* URL: https://www.jeugdinspecties.nl/actueel/nieuws/nw_detail.asp?nw_id=452. Geraadpleegd op 6 oktober 2016.

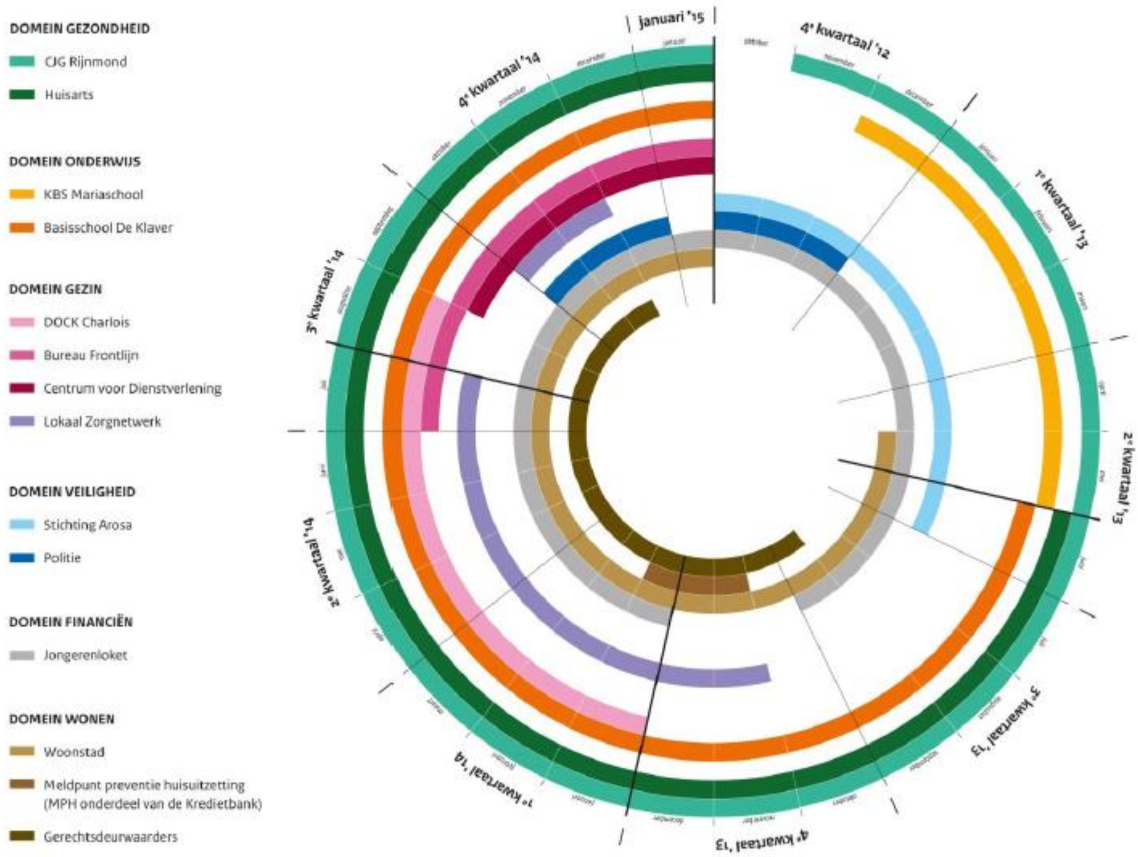
zorgmijders en huishoudens met verschillende en chronische problemen zoals schulden, verslaving en zonder (zicht op) een zelfstandig inkomen. Deze doelgroepen hebben vaak op verschillende leefgebieden zorg en ondersteuning nodig, zoals op het gebied van werk en inkomen, maatschappelijke ondersteuning, wonen, onderwijs, veiligheid en gezondheid. Voor de inspecties is het belangrijk dat zij passende, samenhangende en effectieve zorg en ondersteuning krijgen die gericht is op het bewerkstelligen van resultaten die betrekking hebben op het vergroten van participatie en zelfredzaamheid. Het gaat er daarbij om dat mensen op eigen kracht in hun eigen levensonderhoud kunnen voorzien, eigen regie voeren over hun leven en een menswaardig en betekenisvol leven leiden. Participatie heeft bijvoorbeeld betrekking op deelname aan betaalde arbeid, scholing en vrijwilligerswerk.[90]

Casuïstiek Rotterdam
Eind 2015 is er bij de Inspectie Jeugdzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg een melding gedaan van het overlijden van een kind in Rotterdam vermoedelijk als gevolg van ernstige kindermishandeling. De inspecties hebben besloten dat, gezien de betrokkenheid van partijen uit het brede sociaal domein bij de hulpverlening aan dit gezin, Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein het toezichtonderzoek uitvoert. Het onderzoek richtte zich op de zorg en ondersteuning aan dit gezin met het oog op de veilige en gezonde ontwikkeling van de kinderen, die voorafgaand aan de calamiteit heeft plaatsgevonden.
Het gezin bestond uit moeder, haar vier jonge kinderen, de vader van de vier kinderen. In oktober 2012 komt het gezin in beeld bij de hulpverlening in Rotterdam. Op dat moment was moeder alleenstaand en droeg de zorg voor de kinderen. Moeder had zelf een belaste gezinsgeschiedenis.[91]

Het gezin was kwetsbaar doordat het kampte met problemen op meerdere leefgebieden gedurende de onderzochte periode. De problemen waren onder andere van financiële aard, waardoor er niet in de basisbehoeften van het gezin kon worden voorzien en er meerdere keren een huisuitzetting van het gezin dreigde. De relatie van de moeder en de biologische vader van de kinderen was problematisch. Vader kampte met problemen op meerdere terreinen. Ook kampten meerdere kinderen met problemen thuis en op school. Moeder had fysieke klachten en gaf bij verschillende betrokken zorgprofessionals aan zeer gestrest te zijn door haar omstandigheden. Moeder had moeite met de opvoeding en het corrigeren van haar kinderen. Eind 2014 kreeg moeder een nieuwe relatie, waarna deze man deel ging uitmaken van het gezin.[92]

Onderstaande afbeelding geeft weer welke partijen betrokken waren gedurende de onderzochte periode.[93]

[90] Samenwerken Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Toezichtkader Stelseltoezicht Volwassenen in het Sociaal Domein.*
[91] Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Rotterdam.*
[92] Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Rotterdam.*
[93] Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Rotterdam.*



De inspecties zien dat de zorg en ondersteuning die tot stand kwam voor moeder en de kinderen, zich met name beperkte tot het regelen van een inkomen en het oplossen van ad hoc problemen. De hulpvraag van moeder beperkte zich hiertoe terwijl er in het gezin meerdere problemen speelden zoals schuldenproblematiek, opvoedingsproblematiek, overbelasting moeder als gevolg van stress rondom dreigende uithuiszettingen, gezondheidsproblemen en huiselijk geweld. Partijen hebben deze problemen niet of slechts gedeeltelijk in kaart gebracht waardoor de ingezette hulp beperkt bleef. Daar waar wel hulp anders dan voor de financiële situatie werd aangeboden, hield moeder dit veelal af.[94]

Gedurende de onderzochte periode is de zorg en ondersteuning aan het gezin niet vanuit een gezamenlijke probleemanalyse en daarop gebaseerd plan geboden. Het beleid van de gemeente Rotterdam, ten tijde van de hulpverlening aan het gezin, was dat in geval van gezinnen met voornamelijk ouderproblematiek, het LZN (Lokaal Zorg Netwerk) verantwoordelijk was voor het tot stand komen van één gezin, één plan, één regisseur. Gedurende de onderzochte periode is, ondanks de betrokkenheid van het LZN, één gezin, één plan, één regisseur niet tot stand gekomen. De zorg en ondersteuning was gericht op het oplossen van acute problemen, zoals het voorkomen van de dreigende uithuiszetting, maar er zijn geen doelen geformuleerd om ook op de lange termijn de veilige en gezonde ontwikkeling van de kinderen in het gezin te borgen.[95]

---

[94] Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Rotterdam.*

[95] Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Rotterdam.*

De samenwerkende inspecties komen tot het volgende oordeel: in de zorg en ondersteuning was onvoldoende oog voor de aanpak van alle problemen en de veilige en gezonde ontwikkeling van de kinderen, de zorg en ondersteuning is onvoldoende in gezamenlijkheid geboden, en de geboden zorg en ondersteuning paste onvoldoende bij de situatie van het gezin.[96]

De samenwerkende inspecties hebben ook een analyse gemaakt van de wijze waarop de gemeente Rotterdam het lokale stelsel van zorg en ondersteuning aan kwetsbare gezinnen heeft vormgegeven vanaf 1 januari 2015. Het wijkteam is bedoeld voor kwetsbare burgers en gezinnen die te maken hebben met (multi)problematiek. De toegang tot hulp vanuit het wijkteam is georganiseerd via het wijknetwerk, de Vraagwijzer en het CJG. Een van deze partijen kan een kwetsbare burger of gezin aanmelden bij het wijkteam, zij kunnen zichzelf niet rechtstreeks aanmelden bij het wijkteam. De combinatie van de wijze van toegang van de wijkteams en hun vraaggerichte werkwijze brengt het risico met zich mee dat gezinnen die zorg of ondersteuning nodig hebben niet bij het wijkteam in beeld komen. Zeker niet als zij zich zorgmijdend opstellen.[97]

Als verbeterpunt op het gebied van samenwerking, stellen de inspecties dat het essentieel is dat de gemeente meer inhoud en vorm geeft aan haar regiefunctie en stuurt op samenhang en gezamenlijk resultaat voor kwetsbare burgers. Verbind beleid op het gebied van werk, inkomen en participatie met beleid op het gebied van jeugd en maatschappelijke ondersteuning. Dit draagt ook bij aan eenduidige sturing en voorkomt organisaties en regels die elkaar tegenwerken.[98]

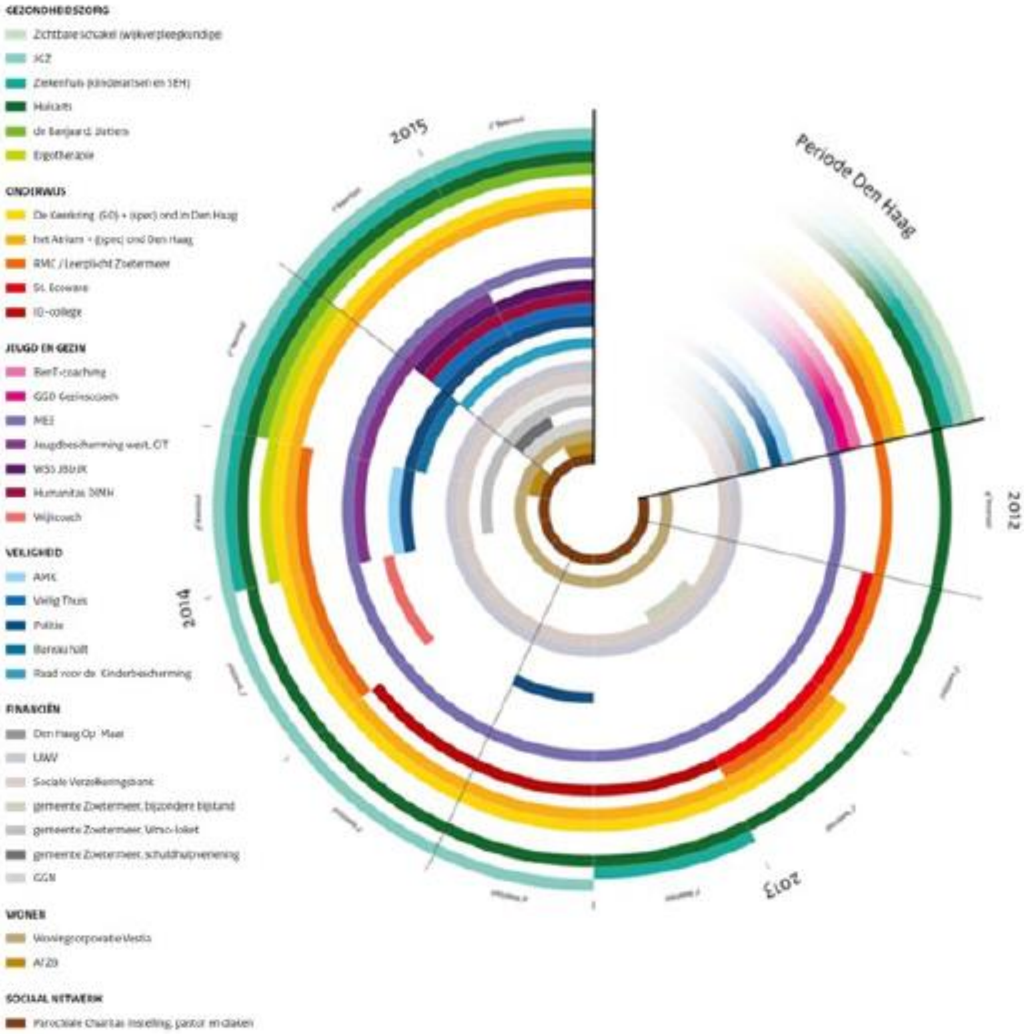
Casuïstiek Zoetermeer
Op verzoek van de gemeente Zoetermeer heeft Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein samen met de toezichthouder Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) onderzoek gedaan naar het overlijden van een jongvolwassene in april 2015. De inspecties zijn van oordeel dat de betrokken partijen (gezamenlijk) onvoldoende zorg en ondersteuning hebben geboden die pasten bij de situatie van het gezin.[99]

In april 2015 overleed een 22-jarige jongvolwassene in zijn ouderlijk huis in Zoetermeer als gevolg van medische verwaarlozing. Hij woonde daar met zijn moeder, (stief)vader, drie minderjarige broers en een minderjarige zus. Naar aanleiding van het overlijden van de jongvolwassene deed de wethouder van de gemeente Zoetermeer een verzoek aan Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (STJ/TSD) om een onderzoek te starten naar de kwaliteit van de gezamenlijke zorg en ondersteuning aan de jongvolwassene en het gezin.[100]

[96] Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Rotterdam.*
[97] Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Rotterdam.*
[98] Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Rotterdam.*
[99] Samenwerken Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Zoetermeer.*
[100] Samenwerken Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Zoetermeer.*

De samenwerkende inspecties hebben een reconstructie gemaakt van de hulpverlening aan het gezin vanaf het moment dat het gezin in Zoetermeer woonde tot aan het overlijden van de jongvolwassene (november 2012 tot april 2015). De reconstructie is gemaakt aan de hand van een schriftelijke uitvraag bij betrokken instellingen en een aanvullend onderzoek in de vorm van dossieronderzoek en gesprekken met professionals.[101]

Onderstaande afbeelding geeft weer welke partijen betrokken waren gedurende de onderzochte periode.[102]



De inspecties zijn van oordeel dat de betrokken instellingen (gezamenlijk) onvoldoende zorg en ondersteuning hebben geboden die pasten bij de situatie van het gezin. Hoewel verschillende partijen uit Den Haag hun zorgen over het gezin hebben overgedragen aan partijen in Zoetermeer, leidde de verhuizing tot een breuk in de continuïteit van zorg en ondersteuning aan het gezin. In Zoetermeer hebben betrokken instellingen onvoldoende oog gehad voor de veilige en gezonde ontwikkeling van de (minder- en meerderjarige) kinderen. Op signalen van verwaarlozing en het ontbreken van passende zorg voor de problematiek van

[101] Samenwerken Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Zoetermeer.*
[102] Samenwerken Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Zoetermeer.*

de kinderen is onvoldoende gehandeld door de betrokken professionals. Er kwam geen gezamenlijk plan tot stand, er was geen regie en er werd geen passende zorg en ondersteuning ingezet op de problematiek van alle individuele gezinsleden. Bij de zorg en ondersteuning die werd ingezet voor de participatie van de jongvolwassene was geen specifieke aandacht voor het feit dat hij onderdeel uitmaakte van een kwetsbaar gezin met multiproblematiek.103

Handreiking Actiz

ActiZ en InEen hebben in maart 2016 een handleiding opgesteld om een handvat te geven voor het vastleggen, onderhouden en verbeteren van regionale samenwerkingsafspraken tussen huisartsenposten en zorgorganisaties. Doel is de zorg voor de patiënt met een acute zorgvraag zo te organiseren dat deze zorgvraag optimaal beantwoord wordt. Zowel huisartsenzorg als ouderenzorg leveren 7x24 uurszorg.[104]

In de handreiking staat een gewenst toekomstbeeld omschreven over de samenwerking tussen de huisartsenpost en zorgorganisaties. Het streven is een situatie waarin patiënten een vloeiend continuüm van zorg ervaren en waarin bij acute zorgvragen passende zorg altijd beschikbaar en makkelijk inzetbaar is. Huisartsenposten en zorgorganisaties vormen een netwerk waarin op maat passende oplossingen kunnen worden gevonden voor individuele zorgvragen. Deze manier van samenwerken heeft zes essentiële aspecten:

1. 7 x 24 uur zorg: Patiënten ervaren 24/7 zorg op maat. Huisartsen en zorgorganisaties werken met andere woorden 7 x 24 uur samen in een netwerk.
2. Zorg op maat: de patiënt ontvangt zorg op maat. De samenwerkingsafspraken zijn op maat gesneden voor de regio en ook op patiëntniveau zoeken huisartsen en professionals in de ouderenzorg altijd naar zorg op maat. Het streven is onnodige opnamen en vooral onnodige ziekenhuisopnamen (opname uit nood, en niet om medische redenen) te voorkomen.
3. De patiënt kan soepel terecht met zijn medische vraag: Patiënten stellen hun zorgvraag in de ANW-uren (avond, nacht, weekend) aan de huisartsenpost of de specialist ouderengeneeskunde. Zowel de huisartsenpost als de specialist ouderengeneeskunde zijn in staat adequate telefonische triage uit te voeren en op basis van zorgvraag en context een afweging te maken van de urgentie en de zorginzet die daarbij past.
4. Coördinatie bij inzet van zorg: De inzet van acute ouderenzorg tijdens ANW-uren wordt per regio gecoördineerd, liefst via één coördinatiepunt. Via het coördinatiepunt worden acute opname en acute inzet van zorg thuis (waaronder ook verpleegtechnische verrichtingen) geregeld. Per regio organiseren de zorgorganisaties samen het zorgaanbod achter het coördinatiepunt. De coördinatie heeft ook betrekking op de inzet van huisartsenzorg voor patiënten van zorgorganisaties.
5. Informatievoorziening: Medische, verpleegkundige en verzorgtechnische informatie is, voor zover nodig voor het uitoefenen van de functie, beschikbaar voor alle professionals die zorg bieden aan een patiënt. Regionaal is afgesproken welke informatie relevant is voor wie en in welke situatie.

---

[103] Samenwerken Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (2016). *Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Casuïstiek Zoetermeer.*

[104] ActiZ en InEen (2016). *Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken. HAP + Acute ouderenzorg.* Maart, 2016.

6. Bekostiging: regelgeving voor bekostiging en financiering vormt geen belemmering voor de samenwerking tussen huisartsenpost en zorgorganisaties, of tussen zorgorganisaties onderling. Zorgorganisaties werken op gebied van acute zorg non-concurrentieel en hebben een beschikbaarheidsvoorziening. De financiers vertrouwen erop dat er geen onnodige zorg of consultatie wordt geleverd of dubbele declaraties worden gedaan. Zij vergoeden de geleverde zorg ongeacht het financieringskader.[105]

Thuis en veilig

Een aantal zorgorganisaties hebben zich gebogen over het vraagstuk om de bereikbaarheid en beschikbaarheid voor acute vragen van ouderen zo goed mogelijk te organiseren. Zij zijn tot de conclusie gekomen dat een slimme bundeling van de bestaande voorzieningen de meest geschikte en duurzame oplossing is. Het betreft het bundelen van bereikbaarheid en beschikbaarheid onder één landelijk nummer en met één uitvoerder per regio. De oudere hoeft straks meer één (landelijk bekend) nummers te bellen (en te onthouden) of, desgewenst, een knop in te drukken die met dit nummer verbonden is. De oudere wordt meteen te woord gestaan en zal een gepaste oplossing worden geboden voor het acute vraagstuk, ook al heeft hij of zij geen zorgindicatie.[106]

De organisatie die hierbij mogelijk past is een landelijke franchise organisatie door de regionale organisaties met een zorgcentrale of een andere vorm van een regionaal 24 uurs meldpunt voor zorg. Er wordt daarbij gedacht aan een coöperatie van zorgaanbieders. Elke zorgorganisatie die een contract heeft voor het bieden van thuiszorg, kan zich bij deze vereniging aansluiten voor haar cliënten. De coöperatie selecteert per regio via aanbesteding één uitvoerder. Deze uitvoerder draagt zorg voor de bereikbaarheid, de triage en de beschikbaarheid voor de eerste opvolging. Deze uitvoerder krijgt een concessie van drie tot vijf jaar. In de concessie zitten landelijke kwaliteitsafspraken over bijvoorbeeld snelheid en deskundigheid. De uitvoerder garandeert opvolging ook voor die organisaties die geen opvolging ’s avonds en ’s nachts willen of kunnen bieden.[107]

Thuis & Veilig wil vooral onzekerheidsreductie bieden aan zorgzoekers met een acute zorgvraag; elke zorgzoeker heeft een handig en bekend nummer te beschikking. Het bellen van het nummer leidt tot een professionele opvolging van de vraag. Daarnaast wil het de infrastructuur voor kleinere aanbieders in de regio versterken. De toetreding tot de franchiseorganisaties is, onder voorwaarden, ook mogelijk voor kleinere zorgorganisaties. Zij versterken daarmee hun bereikbaarheid. Ook de contracteerpositie wordt sterker; er is inmiddels een aparte betaaltitel voor zorginfrastructuur. De gezamenlijkheid, kwaliteit en transparantie geeft een betere positie in het gesprek met de verzekeraars over bijvoorbeeld de financiering van de beschikbaarheid van verpleegkundigen.[108]

Acute zorg thuis

Bovenstaand initiatief is op zich niet nieuw. Bij zorgorganisatie De Zorgboog in Zuidoost-Brabant wordt ook direct hulp geboden bij acute zorgvragen. De Zorgboog beschrijft dat de

[105] ActiZ en InEen (2016). *Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken. HAP + Acute ouderenzorg.* Maart, 2016.
[106] *Bijlage. Thuis & Veilig voor alle verzekerden in Nederland, via één contract.*
[107] *Bijlage. Thuis & Veilig voor alle verzekerden in Nederland, via één contract.*
[108] *Thuis en veilig. Franchiseorganisatie voor gegarandeerde acuut noodzakelijke zorg.*

momenten dat iemand zorg aan huis nodig heeft, niet altijd zijn te plannen. Een cliënt kan onverhoopt overdag, 's avonds of 's nachts behoefte hebben aan een helpende hand. Bijvoorbeeld als de cliënt uitglijdt, niet meer kunt opstaan en geen beroep op iemand anders kunt doen. Of wanneer het stomazakje is losgeschoten. In dergelijke gevallen kan de cliënt 24 uur per dag een beroep doen op acute zorg aan huis van De Zorgboog door een telefoonnummer te bellen. Acute zorg aan is bestemd voor niet-medische zorg.[109] Ook zorgorganisatie Coloriet, gespecialiseerd in wonen en zorg voor senioren in Lelystad, Dronten en Zeewolde, biedt ondersteuning bij acute hulp. Met de personenalarmering kan er met één druk op de knop deskundige hulp worden ingeschakeld. De ondersteuning is 24 uur per dag, 7 dagen in de week beschikbaar.[110]

Regio Rotterdam

In de regio Rotterdam hebben partijen een overkoepelende visie op ouderenzorg geformuleerd, geïnitieerd door de ROG Zorgimpuls. Door veranderende wetgeving en eigen behoefte, blijven kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen steeds langer thuis wonen. Dit leidt tot een toename van de zorgvraag in de eerste lijn en vraagt om een andere manier van organiseren. Kwetsbaarheid bij ouderen is de basis voor aanbieders van huisartsenzorg en aanbieders van Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) in de regio om de samenwerking met elkaar op te zoeken.[111]

In 2014 hebben de VVT-partijen aangesloten bij Conforte, LHV Huisartsenkring District Rotterdam, Huisartsenposten Rijnmond (HAP), Integrale Zorggroep Eerstelijns Rijnmond (IZER) en de gezondheidscentra aangesloten bij OSER gezamenlijke samenwerkingsonderwerpen ten aanzien van de zorg voor kwetsbare ouderen besproken. De samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen is verder uitgewerkt en wordt op dit moment lokaal verder vormgegeven. Ook wordt samenwerking gezocht op onder andere de inzet van de wijkverpleegkundigen en zorg in de avond, de nacht en de weekenden.[112]

Nauwe samenwerking van de huisarts met onder andere specialisten ouderengeneeskunde, kaderhuisartsen ouderenzorg wijkverpleegkundigen en gemeenten is van belang om ouderen goed te kunnen helpen. Zij vervullen allemaal een rol als het gaat om de zorg voor kwetsbare ouderen:

- De specialist ouderengeneeskunde (SO), die vroeger als verpleeghuisarts zijn taken uitvoerde achter de muren van het verpleeghuis, is beschikbaar als consulent van de huisarts en medebehandelaar ten aanzien van de medische ouderenzorg in de thuissituatie.
- De kaderhuisarts ouderenzorg is beschikbaar voor bijvoorbeeld advies, deskundigheidsbevordering en consultatievragen.

[109] De Zorgboog . *Acute zorg thuis.* URL: https://www.zorgboog.nl/vertrouwde-zorg/bij-u-thuis/acute-zorg-thuis. Geraadpleegd op 15 november 2016.
[110] Coloriet. *Thuis wonen met 24/7 een veilig en vertrouwd gevoel dankzij personenalarmering.* URL: https://www.woonz.nl/service-zorg/alarmering-en-domotica/thuis-wonen-met-247-een-veilig-en-vertrouwd-gevoel-dankzij-personenalarmering/. Geraadpleegd op 15 november 2016.
[111] ActiZ en InEen (2016). *Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken. HAP + Acute ouderenzorg.* Maart, 2016.
[112] ActiZ en InEen (2016). *Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken. HAP + Acute ouderenzorg.* Maart, 2016.

- De wijkverpleegkundige heeft per 1 januari 2015 binnen de Zvw onder andere als extra taak om zeer kwetsbare personen met meervoudige problematiek in beeld te krijgen en zorg voor deze kwetsbare groep af te stemmen.[113]

Ouderennet VUmc en partners

Ouderennet VUmc en partners voert projecten uit die leiden tot samenhangende zorg voor kwetsbare ouderen. Deze zorg moet passen bij was individuele ouderen wensen. De projecten geven oplossingen voor vier door ouderen ervaren problemen in de ouderenzorg:

1. Gezondheidsrisico's van kwetsbare ouderen worden laat gesignaleerd en slecht gevolgd;
2. Kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers krijgen nu nog te weinig mogelijkheden om te bepalen wat voor soort zorg ze ontvangen;
3. Kwetsbare ouderen zijn voor hun zorg nu afhankelijk van veel verschillende zorgverleners. Deze zorgverleners zorgen er onvoldoende voor dat de zorg rondom een oudere goed afgestemd is en ze wisselen onvoldoende informatie uit over de zorg die ieder van hen aan de oudere geeft;
4. Voor kwetsbare ouderen bestaan zorgmethoden die hun situatie verbeteren. Deze methoden worden vaak maar op één plaats toegepast, terwijl ouderen door heen Nederland ervan zouden moeten kunnen profiteren.[114]

In het project 'de oudere centraal in samenhangende zorg' wordt gewerkt met het geriatrisch zorgmodel. Kwetsbare ouderen in Westfriesland en Amsterdam/Amstelveen worden actief opgespoord via het dossier van de huisarts en via signalering door alle zorgprofessionals van het netwerk. Een praktijkondersteuner van de huisarts brengt het volgende in kaart: functioneren van de patiënt, gezondheidsrisico's, medicatie en afstemmingsproblemen in de zorg. De praktijkondersteuner stelt met de cliënt zijn zorgwensen vast, laat de cliënt kiezen welke gesignaleerde zorgproblemen daadwerkelijk aangepakt moeten worden, hoe dit gebeurt en wat het gewenste eindresultaat is.[115]

Bij complexe zorgsituaties worden experts op het gebied van ouderenzorg geraadpleegd voor advies in een multidisciplinair overleg. Hierbij zijn de verpleeghuisarts, verpleegkundige, ouderenadviseur, huisarts en de praktijkondersteuner van de huisarts betrokken. De overige leden van het overleg worden betrokken op basis van zorgproblemen en keuze van de cliënt. Praktijkondersteuners van de huisarts stellen een multidisciplinair zorgplan op en stellen dit bij. Zij doen dit op basis van het bestaande zorgaanbod in de regio. Ze verspreiden het zorgplan onder betrokken zorgprofessionals. En ze brengen iedere zes maanden het functioneren van de cliënt opnieuw in kaart, evenals gezondheidsrisico's en afstemmingsproblemen in de zorg. Een team dat bestaat uit een verpleeghuisarts en een

[113] ActiZ en InEen (2016). *Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken. HAP + Acute ouderenzorg.* Maart, 2016.
[114] VUmc. *Projecten Ouderennet VUmc en partners.* URL: https://www.vumc.nl/afdelingen/Amsterdam-Center-on-Aging/Ouderennet/Ouderennet/. Geraadpleegd op 17 november 2016.
[115] VUmc. *Projecten Ouderennet VUmc en partners.* URL: https://www.vumc.nl/afdelingen/Amsterdam-Center-on-Aging/Ouderennet/Ouderennet/. Geraadpleegd op 17 november 2016.

geriatrisch verpleegkundige coacht de praktijkondersteuner om ervoor te zorgen dat de zorg zo wordt uitgevoerd zoals is afgesproken met de cliënt.[116]

Dit project is volgens VUmc en partners anders ten opzichte van de huidige zorg op de volgende punten:

- Kwetsbare ouderen worden actievere opgespoord en hun situatie wordt blijvend gevolgd;
- Kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers kunnen aangeven in hoeverre zij willen meebeslissen over de zorg die zij nodig hebben;
- De zorg verloopt via een vaststaand plan zodat belangrijke zaken niet vergeten worden, zorgverleners wisselen informatie uit over de zorg die ieder van hen aan de oudere geeft en zij stemmen deze zorg goed op elkaar af;
- Zorgmethoden worden toegepast waarvan bewezen is dat ze de situatie van ouderen verbeteren.[117]

Zorgcoördinatoren Rijnstad

Rijnstad is een maatschappelijke organisatie op het gebied van welzijn en maatschappelijke dienstverlening in Arnhem en omgeving. Rijnstad heeft zorgcoördinatoren in het leven geroepen, die als taak hebben om de krachten van hulpverlenende instanties te bundelen in zorgsituaties. De kracht van de zorgcoördinator is dat hij in de wijk werkt en samenwerkt met professionals in de wijk. Hierdoor ontstaan er korte lijnen. De samenwerking tussen de verschillende professionals is georganiseerd in het Overlast en Zorg Overleg. Zij komen één keer per maand bijeen. Tussen de deelnemende partijen is een privacyconvenant opgesteld waarin afspraken zijn gemaakt over informatie-uitwisseling tussen deelnemende partijen. Ketenpartners in dit overleg zijn de gemeente (wijkmanager), woningcorporaties, gebiedsagenten en zorgcoördinator. Daarnaast nemen er verschillende hulpverleningsinstanties deel. In dit overleg worden de overlast- en zorgadressen besproken en nieuwe adressen ingebracht.[118]

De informatie die bekend is over het adres wordt besproken. De zorgcoördinator speelt hierin een actieve rol. Hij of zij benadert andere partijen met de vraag welke informatie bekend is over het adres en bespreekt de overlast en/of de zorg. Acties van de zorgcoördinator die hierop volgen kunnen zijn:

- De situatie inventariseren en bekijken of er actieve hulp in het gezin aanwezig is;
- Activeren van betrokken partijen (indien er een plan van aanpak ligt bij een andere instantie);
- Afstemmen van betrokken partijen (indien er een plan van aanpak ligt bij een andere instantie).[119]

De zorgcoördinator maakt vervolgens een stappenplan met tijdspad. Dit is een op maat gemaakt plan voor het betreffende overlastadres. Betrokken organisaties stemmen in met dit

---

[116] VUmc. *Projecten Ouderennet VUmc en partners.* URL: https://www.vumc.nl/afdelingen/Amsterdam-Center-on-Aging/Ouderennet/Ouderennet/. Geraadpleegd op 17 november 2016.
[117] VUmc. *Projecten Ouderennet VUmc en partners.* URL: https://www.vumc.nl/afdelingen/Amsterdam-Center-on-Aging/Ouderennet/Ouderennet/. Geraadpleegd op 17 november 2016.
[118] Rijnstad. *Zorgcoördinatie Rijnstad. Wijkgerichte coördinatie zorg en overlast.*
[119] Rijnstad. *Zorgcoördinatie Rijnstad. Wijkgerichte coördinatie zorg en overlast.*

plan. In het plan wordt uitgegaan van efficiënt en verantwoord hulpverlenen met doelen en resultaatgericht werken. Uitgangspunt is de eigen verantwoordelijkheid van de bewoner in het veroorzaken en terugdringen van overlast en van de zorgen. De zorgcoördinator houdt er zicht op dat op verantwoorde wijze hulpverlening wordt ingezet De conclusies en aanbevelingen van de zorgcoördinator zijn in het Overlast en Zorg Overleg doorslaggevend. Het kan zijn dat de zorgcoördinator een hulpverleningsinstantie verzoekt om de hulpverlening te stoppen, omdat er meerdere instanties betrokken zijn die elkaar in de weg zitten. Of ze zijn niet op de hoogte van de werkzaamheden van de ander en verrichten daardoor dubbel werk.[120]

Zorgcoördinator thuiszorg Zuster Jansen

Zuster Jansen is een thuiszorgbureau voor particuliere cliënten. Bij Zuster Jansen zijn thuiszorg zorgcoördinatoren, die het coördineren van zorg als taak op zich nemen. Het is een overkoepelend persoon, die verstand heeft van meerdere zaken, zowel op intern – als extern gebied. De zorgcoördinator doet de intake bij de cliënt thuis. Hij beoordeelt de persoonlijke situatie en bespreekt met de cliënt de zorg die nodig is. De zorgcoördinator stelt een zorgteam op maat aan, geeft uitleg bij onduidelijkheden en is tevens de contactpersoon voor de cliënt, de familie van de cliënt en het zorgteam. De zorgcoördinator is daarmee een belangrijk schakelpersoon.[121]

Zichtbare schakel in wijkzorg Scheveningen

Dit project in Scheveningen zet wijkverpleegkundigen in om kwetsbare ouderen beter te helpen. Het gaat om ouderen die minder zelfstandig en zelfredzaam worden. Ze ervaren vaak verschillende problemen tegelijk, zoals eenzaamheid, rouw, angst, schulden en chronische zieken. Ook kan sprake zijn van financieel misbruik. Het doel van het project is verbetering van de kwaliteit van zorg en welzijn. De wijkverpleegkundigen willen dit bereiken door ouderen actief te benaderen en door de zorg te coördineren. Daarbij zoeken ze ook samenwerking met wonen en welzijn en schakelen ze de sociale omgeving van ouderen in. Dit moet leiden tot meer onderlinge zorgzaamheid van wijkbewoners, meer zelfstandigheid van ouderen en meer veiligheid. Ouderen nemen weer meer deel aan de maatschappij, zodat een beroep op dure zorg kan worden voorkomen.[122]

Het thema 'zichtbare schakels' is actueel, omdat door indicatie- en financieringsstelselwijzigingen een groot aantal bewoners buiten het zicht dreigt te raken van aanbieders van wonen, zorg en welzijn. Continuïteit van zorg en welzijn wordt in dit project gerealiseerd middels samenwerking tussen huisarts/eerstelijn, zorgorganisaties, welzijnsorganisatie en woningcorporatie. Het project beoogt:

- Verbetering van de kwaliteit van zorg en welzijn in brede zin van het woord;
- Verbetering van de efficiëntie in de zorg door wijkzorg dichtbij de mensen te bieden;

[120] Rijnstad. *Zorgcoördinatie Rijnstad. Wijkgerichte coördinatie zorg en overlast.*
[121] Zuster Jansen. *Zorgcoördinator thuis.* URL: https://www.zusterjansen.nl/zorgkompas/zorgcoordinator-thuiszorg. Geraadpleegd op 17 november 2016.
[122] ZonMw. *Project: zichtbare schakel in wijkzorg Scheveningen.* URL: http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/zichtbare-schakel-in-wijkzorg-scheveningen/voortgang/. Geraadpleegd op 17 november 2016.

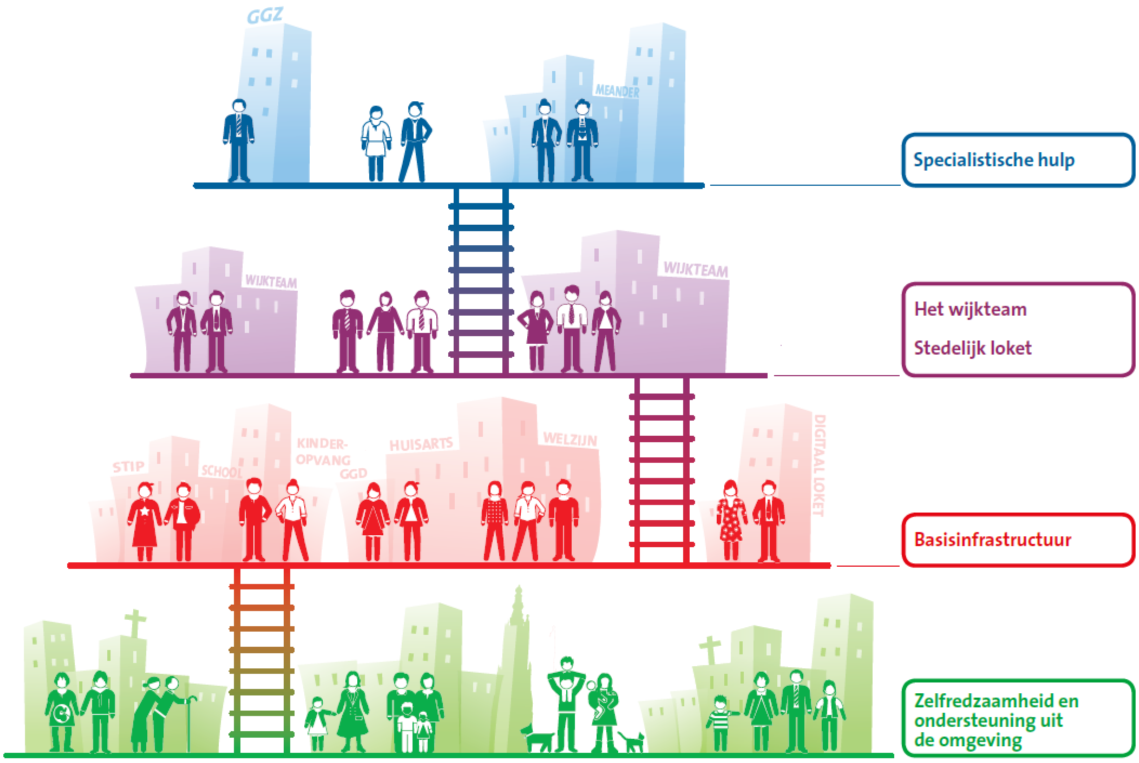
- De ketensamenwerking wonen-eerstelijn-zorg-welzijn in Scheveningen te versterken.[123]

Uit de resultaten van het project is gebleken dat de inzet van de wijkverpleegkundige vergroting van zelfregie, participatie, zelfstandigheid en kwaliteit van leven heeft opgeleverd. Bewoners kunnen langer zelfstandig blijven functioneren, met behoud en ondersteuning van de sociale omgeving. De wijkverpleegkundige schakels hebben de gecoördineerde aanpak van eerstelijn professionals bovendien bevorderd en er is een brede consensus ontstaat over de meerwaarde van de brede wijkverpleegkundige functie.[124]

Sociale basisinfrastructuur gemeente Amersfoort

Gemeente Amersfoort heeft de ambitie om de zorg en ondersteuning te organiseren als een piramide die van breed naar smal loopt zoals in onderstaande figuur. De brede basis in de zorgpiramide omvat de zelfredzaamheid en de hulp uit de eigen omgeving, bijvoorbeeld ouders die elkaar helpen en ondersteunen bij opvoedingsvragen of die als coach optreden voor een jongere met wie het tijdelijk wat minder gaat op school. Om dit te realiseren ambieert de gemeente Amersfoort een sterke sociale basisinfrastructuur met laagdrempelige mogelijkheden voor (kwetsbare) burgers om elkaar te ontmoeten, informatie en advies te krijgen en op lichte wijze ondersteund en toegerust te worden. De gemeente wil dat deze infrastructuur bestaat uit familie, vrienden, buurtbewoners, mantelzorgers, vrijwilligers, verenigingen, sociaal werkers, scholen en sociale ondernemers. Daarnaast wil de gemeente gezondheidsachterstanden bij inwoners terugdringen door preventief gezondheidsbeleid, zodat mogelijke problemen bij kwetsbare groepen voorkomen of vroegtijdig gesignaleerd kunnen worden.[125]

[123] ZonMw. *Project: zichtbare schakel in wijkzorg Scheveningen.* URL: http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/zichtbare-schakel-in-wijkzorg-scheveningen/voortgang/. Geraadpleegd op 17 november 2016.
[124] ZonMw. *Project: zichtbare schakel in wijkzorg Scheveningen.* URL: http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/zichtbare-schakel-in-wijkzorg-scheveningen/voortgang/. Geraadpleegd op 17 november 2016.
[125] Gemeente Amersfoort. *Sociale basisinfrastructuur.* URL: https://www.amersfoort-telt.nl/2016/sociale-basisinfrastructuur/raad?nrd=1. Geraadpleegd op 17 november 2016.



Waar ga ik naar toe voor informatie, hulp en ondersteuning?

Gemeente Amersfoort wil een samenhangend zorgaanbod van zorg- en welzijnsvoorzieningen bieden dat aansluit bij de mogelijkheden en behoeften van inwoners. Als inwoners professionele hulp nodig hebben, dan wil de gemeente dat ze worden bijgestaan door goed samenwerkende hulpverleners die met de inwoners zorgen voor een sluitend pakket van (preventieve) zorg en welzijn in hun wijk.[126] Volgens Bewoners 033 – een website voor inwoners van Amersfoort – is het een benadering die vanwege de bezuinigingen is ontstaan, maar die essentieel is om in de toekomst een sociaal vangnet te maken, dat voorkomt dat bewoners in een kwetsbare positie tussen wal en schip terecht komen.[127]

Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS)

In 2005 is door het ministerie van VWS het ontstaan van Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) mogelijk gemaakt. ROS'en adviseren en begeleiden de eerste lijn én betrokken partijen bij het realiseren van samenhangende zorg in de wijk. Een maatschappelijke opdracht met als doel iedereen zinnige en zuinige zorg dichtbij huis te bieden. ROS'en zetten zich samen met de eerste lijn en andere betrokkenen in om de zorg en ondersteuning van wijkbewoners slimmer en efficiënter te organiseren. ROS'en werken voor de eerste lijn, voor huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, eerstelijnspsychologen, wijkverpleegkundigen, diëtisten en apothekers. Daarnaast werken ROS'en samen met landelijke, regionale en lokale patiëntenorganisaties, kennisinstituten, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars om gezonde wijken te

[126] Gemeente Amersfoort. *Sociale basisinfrastructuur.* URL: https://www.amersfoort-telt.nl/2016/sociale-basisinfrastructuur/raad?nrd=1. Geraadpleegd op 17 november 2016.
[127] Bewoners 033. *Sociale basisinfrastructuur: een nieuwe uitdaging voor bewonersinitiatieven in wijken.* URL: http://bewoners033.nl/sociale-basis-infrastructuur/. Geraadpleegd op 17 november 2016.

realiseren. ROS'en bewegen vanuit de eerstelijnszorg naar samenwerking tussen de verschillende domeinen binnen zorg en welzijn. ROS'en willen bijdragen aan zorg in de buurt. Zorg die tot doel heeft het bevorderen van de gezondheid, zelfredzaamheid en participatie van inwoners. Daarvoor is samenhang en samenwerking tussen professionals en andere domeinen nodig. Een goed functionerende infrastructuur maakt het mogelijk om nieuwe vormen van samenwerking te realiseren op weg naar een "lijnloze zorg in de buurt voor de burger".[128]

[128] ROS-netwerk (2016). *Position paper. Regionale ondersteuningsstructuren. Krachtige partner in de transformatie naar wijk- en populatiegericht werken. Onze route naar 2018…*

6. Zorg en schaal

Eén van de onderzoeksvragen is of er een relatie is te onderscheiden tussen schaalgrootte van zorgorganisaties en de realisatie van een integraal en samenhangend zorgaanbod op wijkniveau. Om dit te achterhalen is het eerst nodig meer inzicht te krijgen in het concept schaal in relatie tot de zorgsector.

6.1 Schaal als relatief begrip

Schaaldiscussies gaan vaak over compromissen sluiten tussen betaalbaarheid en 24/7 aanwezigheid. Tussen keuzevrijheid van patiënten en kwaliteits- en/of efficiencywensen van de organisatie. Tussen integratie in de samenleving en legitimiteit van de buurt. Maar schaal is geen eenduidig begrip. De 'ervaren' schaal speelt een rol: een organisatie kan groot zijn qua omzet en aantal patiënten of medewerkers, maar klein 'voelen'. Schaal heeft vaak te maken met menselijke interactie, met taal en betekenis geven. Het is daarmee relatief.

De ideale schaal bestaat niet. Het is deels een kwestie van smaak, maar ook relatief en afhankelijk waarvan de schaal wordt bezien. En schaal is geen eenduidige categorie, het kan meer dingen betekenen: het kan gaan om omvang (scale), maar ook om reikwijdte (scope). Schaal is iets relatiefs, het is moeilijk om een ideale schaal te berekenen of vast te stellen. Daarom mislukken pogingen om 'de ideale schaal' vast te stellen meestal. Omdat schaal verschillende dingen kan betekenen en omdat het verbonden is aan normatieve voorkeuren, is het lastig om de ideale schaal te bepalen. Schaal is een relatief begrip, omdat bij verschillende waarden en kwaliteiten een ander schaalbegrip past.[129]

Wagener (1969) beschreef in *Neubau der Verwaltung* hoe elke publieke taak georganiseerd zou moeten worden. Opvallend is dat hij betoogt dat er een bepaalde grootte en schaal het meest effectief is voor een publieke dienst. Zijn betoging duidt op het bestaan van een optimale schaal. Dit terwijl het meeste latere onderzoek naar schaal hier vaak niet op uitkomt. In het theoretische debat over bijvoorbeeld de beste schaal op bestuurlijk niveau, is geen eenduidig antwoord te vinden en worden er altijd meerdere argumenten voor en tegen een bepaald niveau aangedragen.[130]

Schaal verwijst naar omvang, maar van wat precies? Soms doelt men daarmee op de juridische entiteit, dat wil zeggen de rechtspersoon die een zorginstelling drijft, soms op de plaats waar de zorg geleverd wordt. Het is belangrijk dit verschil in duiding voor ogen te houden. Groot- en kleinschaligheid kunnen zo beschouwd immers goed samengaan: grootschaligheid op organisatie- of instellingsniveau, kleinschaligheid in de uitvoering van zorg.[131]

---

[129] Steen, M. van der, J. Scherpenisse, M. van Twist en N. Chin-A-Fat (2014). *Schaal op maat. Een analyse van de vigerende theorieën en concepten van schaal.* Den Haag, Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
[130] Steen, M. van der, J. Scherpenisse, M. van Twist en N. Chin-A-Fat (2014). *Schaal op maat. Een analyse van de vigerende theorieën en concepten van schaal.* Den Haag, Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
[131] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Schaal en zorg.* Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

6.2 Schaalvergroting in de zorg

De afgelopen decennia heeft zich een ontwikkeling van schaalvergroting voltrokken in de zorg. Deze ontwikkeling maakt onderdeel uit van een bredere beweging van schaalvergroting in de private en (semi)publieke sector. De schaalvergroting in de zorg wordt vooral veroorzaakt door fusies en overnames. De vuistregel hierbij is dat het aantal zorgorganisaties met de helft is afgenomen, terwijl de nog bestaande organisaties twee keer zo groot zijn geworden. Daarnaast is een tweede ontwikkeling te zien, namelijk schaalverkleining. Schaalverkleining doet zich voor op twee verschillende niveaus. Het eerste niveau van schaalverkleining is het bestuurlijke niveau. Dit is het niveau van de organisatie als juridische eenheid. Het tweede niveau is het uitvoerende niveau. Dit is het niveau waarop de zorg daadwerkelijk geleverd wordt. Kleinschalige woon- en zorgconcepten maken vaak onderdeel uit van een overkoepelende, grootschalige organisatie.[132]

Onmiskenbaar vertoont het zorgaanbod een neiging zijn schaal te vergroten. Schaalvergroting is soms puur financiële noodzaak, bijvoorbeeld om kleinschalige zorg aan te kunnen bieden. En verder dwingen wetenschap en technologie zorgaanbieders steeds meer tot schaalvergroting, tot concentratie van kennis. Maar de verklaring die het meest hout snijdt is dat zorgaanbieders onzeker zijn en veel risico's zien. Dat komt tot uiting in hun schaalbeslissingen, in hun neiging tot schaalvergroting. Het is lastig om schaalvergroting te toetsen aan publieke belangen. Zo is kwaliteit soms gediend met schaalvergroting, maar bereikbaarheid met schaalverkleining. Schaal heeft van doen met het niveau waarop zorg bij de klant komt (aan huis, in de eerste lijn, in een kleine dagopvang, in een ziekenhuis), en dat is voor de klant het belangrijkste. Grootschaligheid in juridische zin kan heel goed samen gaan met kleinschalige zorg op maat, is daarvoor vaak zelfs een economische voorwaarde.[133]

Het verband tussen schaal en zorg is veel complexer dan het lijkt. Het is niet zo dat kleinschaligheid altijd identiek is met kwaliteit, met klantvriendelijkheid, met doelmatigheid; het omgekeerde kan ook waar zijn. Daarbij komt dat er nogal wat externe krachten van invloed zijn op het verband tussen schaal en zorg. Zo moet men tegenwoordig, wil men verantwoorde zorg kunnen geven, steeds vaker kennis en techniek bundelen. Dat betekent concentratie. Dat betekent schaalvergroting. Er zijn geen harde aanwijzen gevonden dat grootschaligheid in de zorg ten koste gaat van kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid. Kwaliteit wijst voor sommige zorgfuncties eerder in de richting van het tegendeel: grootschaligheid is soms noodzaak. Dat is het geval als schaalvergroting gepaard gaat met concentratie van functies en/of het opheffen van locaties. In de thuiszorg is bestuurlijke schaalvergroting, in de vorm van fusie, het verst voortgeschreden, ook over grenzen van traditionele marktsegmenten heen. De samenwerking is vaak regionaal, maar de laatste jaren ook steeds meer landelijk.[134]

Nederland beschikt, ook in internationaal perspectief, nog steeds over een goed gespreid netwerk van zorgvoorzieningen. De kwaliteit van zorg neemt soms toe door schaalvergroting (bijvoorbeeld bij bepaalde medisch-specialistische ingrepen), maar kan daardoor, als de

[132] Postma, J., K. Putters en H. van de Bovenkamp (2012). Van optimale schaalgrootte naar legitieme schaalgrootte. Een analyse van het publieke debat over schaalgrootte in de zorg. *Bestuurskunde, 4*, pp. 73-82.
[133] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Schaal en zorg.* Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
[134] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Schaal en zorg.* Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

organisatie zich niet aanpast, ook afnemen (bijvoorbeeld door bureaucratisering). Over het algemeen zal schaalvergroting op instellingsniveau niet direct leiden tot kwaliteitsverbetering, die op maatschapsniveau mogelijk wel. Of schaalvergroting leidt tot meer doelmatigheid is moeilijk te zeggen. Dit hangt af van het gekozen organisatiemodel en ook van het object van schaalvergroting. Zo heeft schaalvergroting bij vastgoed of bij inkoop gunstige effecten.[135]

De empirie laat geen eenduidig verband zien tussen schaalgrootte en de kwaliteit van de geleverde zorg. Vooralsnog is niet aangetoond dat grotere instellingen betere uitkomsten van het medische proces generen dan kleinere instellingen, of omgekeerd. Dat een moeilijk verband is aan te tonen heeft vooral te maken met het gebrek aan inzichten transparantie over de uitkomsten van het primaire proces en de onderliggende normen.[136]

De relatie tussen schaal en doelmatigheid staat bekend als schaaleffecten. Schaalvoor- of nadelen ((dis)economies of scale) geven aan of een instelling efficiënter kan werken door voor een grotere schaal te kiezen of juist voor een kleinere schaal. Kleine instellingen hebben dikwijls te maken met schaalvoordelen, door de mogelijkheid van een betere arbeidsverdeling bij schaaltoename of door een betere benutting van kapitaal. Kleine instellingen ontberen echter vaak de mogelijkheid om kwantumkortingen en dergelijke te bedingen bij inkoop. Grote instellingen hebben daarentegen dikwijls te maken met schaalnadelen, mogelijk door vergaande bureaucratisering. Tussen deze twee uitersten is meestal sprake van een optimale schaal, waarbij maximaal wordt geprofiteerd van arbeidsverdeling zonder al te ver doorgevoerde bureaucratie.[137]

Over de relatie tussen schaal en kwaliteit is in de literatuur weinig bekend. Bij sommige behandelingen wordt gesteld dat een ziekenhuis een voldoende aantal van deze behandelingen per jaar moet uitvoeren om een optimale kwaliteit te realiseren. Overigens is het ook hier weer belangrijk rekenschap te geven van de definitie van schaal. Als het gaat om de ervaring van de medicus dan is de schaal van het ziekenhuis op zich van geen betekenis. Wel stelt Groot (2008) in dit verband dat grotere instellingen hun ondersteunende processen beter hebben georganiseerd en over betere kwaliteit personeel beschikken. Volgens hem wijzen medici erop dat grotere ziekenhuizen betere behandelmethoden toepassen, relatief lagere sterftecijfers hebben en dat de kwaliteit van de medische staf er beter is.[138]

Risico's van schaalvergroting kun je nooit uitsluiten. Als schaalvergroting op lokaal of regionaal niveau plaatsvindt, bestaat het risico dat er voor inkopers van zorg (zorgverzekeraar en patiënt) weinig keuzemogelijkheden overblijven. Daarnaast bestaat de kans dat (zorg)ondernemers een dominante oriëntatie hebben op het verkrijgen van marktaandeel en marktmacht en dus op schaalvergroting op ondernemingsniveau. De voorkeur van de klant gaat uit naar kleinschalige provisie-eenheden, dichtbij huis. De

---

[135] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Schaal en zorg.* Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

[136] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Schaal en zorg.* Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

[137] Blank, J., C. Haelermans, P. Koot en O. van Putten-Rademaker (2008). *Schaal en zorg. Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg.* Delft, Instituut voor Publieke sector efficiëntie studies, Technische Universiteit Delft.

[138] Blank, J., C. Haelermans, P. Koot en O. van Putten-Rademaker (2008). *Schaal en zorg. Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg.* Delft, Instituut voor Publieke sector efficiëntie studies, Technische Universiteit Delft.

aandacht van de zorgaanbieder voor de preferenties van de klant kan door die dominante oriëntatie op marktpositie in het gedrang komen. Het aanbod van zorg wordt dan onvoldoende afgestemd op de preferenties van de patiënt. Ook kunnen zorgondernemingen die een economische machtspositie innemen misbruik maken van die positie, omdat ze te weinig concurrentiedruk ondervinden. Zij kunnen dan de kwaliteit laten versloffen en/of een te hoge prijs voor hun producten en diensten rekenen. Tenslotte is er het risico dat zorgaanbieders overgaan tot concentratie van zorgfuncties en/of het opheffen van locaties om kosten te besparen.[139]

6.3 Waarden in de zorg

In de gezondheidszorg speelt een variëteit aan waarden een rol, zoals kwaliteit van zorg, betaalbaarheid, toegankelijkheid, keuzevrijheid en innovatie. Vanuit deze waarden bestaan verschillende opvattingen van een wenselijke, behoorlijke en gepaste schaalgrootte. We definiëren legitieme schaalgrootte als schaalgrootte waarin rekening wordt gehouden met verschillende, mogelijk tegenstrijdige waarden. Postma e.a. (2012) laten zien dat vijf verschillende waarden, en daarmee vijf verschillende opvattingen van wat wenselijk, behoorlijk en gepast is, een rol spelen in het publieke debat over schaalgrootte. Het zijn de waarden sturing, menselijke maat, marktmacht, efficiëntie en kwaliteit van zorg. Dit leidt tot waardeconflicten. Zo conflicteert de waarde efficiëntie vaak met menselijke maat en is kwaliteit van zorg niet zomaar in overeenstemming te brengen met marktmacht. Alle waarden zijn echter van belang voor een legitieme schaalgrootte. Beleidsmakers en zorgbestuurders moeten op een goede manier omgaan met de vijf waarden. Wanneer ze niet goed omgaan met deze waarden, schaadt dat de legitimiteit en het bestaansrecht van hun organisatie.[140]

Postma constateert dat doorgaans acht verschillende normen worden gehanteerd voor ‘goede’ schaalgrootte. Die vallen uiteen in drie categorieën: interne normen (zorginhoud, de menselijke maat en efficiëntie), externe normen (de context van de markt, overheid en maatschappij, en procesnormen. Die laatste categorie is het meest pragmatisch: schaal als de uitkomst van ‘maatwerk’ en ‘samenspel van actoren’. Voor Postma is optimale schaal geen bruikbaar begrip. Het suggereert een zekere objectiviteit, terwijl je nooit over schaal kunt spreken zonder een normatief kader. Praten over schaal in de zorg betekent doorgaans praten over de wenselijkheid of onwenselijkheid van schaalvergroting.[141]

Schaalvergroting wordt geassocieerd met een scala van belangen, waaronder kwaliteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg. Het begrip kwaliteit kan eng of juist ruim worden opgevat. In de meest ruime zin valt onder dit begrip bijvoorbeeld ook klantgerichtheid, dat wil zeggen de mate waarin het aanbod is afgestemd op de vraag en/of wensen van de klant. Kwaliteit in enge zin gaat over het medisch-inhoudelijke proces en de uitkomsten daarvan. Bereikbaarheid heeft betrekking op de fysieke afstand tot de plaats waar de zorg geleverd wordt of op de tijd die nodig is om telefonisch contact te krijgen met een hulpverlener. Omdat de bereikbaarheid van de plaats waar de zorg geleverd wordt mede

[139] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Schaal en zorg.* Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

[140] Postma, J., K. Putters en H. van de Bovenkamp (2012). Van optimale schaalgrootte naar legitieme schaalgrootte. Een analyse van het publieke debat over schaalgrootte in de zorg. *Bestuurskunde, 4*, pp. 73-82.

[141] Hartgers, R. (2013). Een kwestie van schaal. *Lucide, 2,* p. 15-19.

bepaald door fysieke belemmeringen (waterwegen), de toegankelijkheid van openbaar vervoer, het wegennet en verkeersdrukte (files), wordt bereikbaarheid ook in dit geval meestal uitgedrukt in een tijdseenheid: het aantal minuten dat nodig is om ter plaatse te komen. Betaalbaarheid van de zorg verwijst naar de kosten op macroniveau, uitgedrukt in het percentage van het BNP dat besteed wordt aan zorg. Als de doelmatigheid op het niveau van individuele zorginstellingen (microdoelmatigheid) afneemt, bijvoorbeeld door schaalbeslissingen, neemt ook de betaalbaarheid van de zorg (op macroniveau) af; de zorg wordt in verhouding duurder.[142]

De schaal van een instelling wordt ook dikwijls gerelateerd aan de innovatiekracht van een instelling. Ook hierbij geldt geen eenduidige relatie. Innovaties zouden in kleinere organisaties sneller tot wasdom kunnen komen. De druk om te overleven en de snelheid van besluitvormingsprocessen binnen kleine instellingen zouden bijdragen aan de innovatieve kracht. Anderzijds hebben juist grote instellingen een betere informatiepositie en een grotere financiële armslag om investeringen te plegen. Een andere mogelijke hypothese is dat kleine instellingen beter zijn in de adoptie van nieuwe technologieën en grote instellingen in de ontwikkeling ervan.[143]

[142] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Schaal en zorg.* Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
[143] Blank, J., C. Haelermans, P. Koot en O. van Putten-Rademaker (2008). *Schaal en zorg. Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg.* Delft, Instituut voor Publieke sector efficiëntie studies, Technische Universiteit Delft.

7. Naar een samenhangend zorgaanbod

In dit onderzoeksrapport hebben wij een documentstudie verricht, waarbij wij ons hebben verdiept in de huidige institutionele context waarin de basisvoorzieningen voor kwetsbare mensen worden georganiseerd. Het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel heeft ons gevraagd om onderzoek te doen naar de gewenste doorontwikkeling van de zorgsector aan de hand van drie onderzoeksvragen:

1. Op welke wijze kan invulling worden gegeven aan de coördinatie zodat een samenhangend zorgaanbod op buurt-/wijk-, regionaal niveau kan worden gerealiseerd?
2. Op welke wijze kunnen basisvoorzieningen binnen de zorginfrastructuur, die niet op het niveau van het individu kunnen worden gefinancierd, duurzaam worden geborgd?
3. Is er een relatie tussen schaalgrootte van zorgorganisaties en de realisatie van een integraal en samenhangend zorgaanbod op buurt-/wijk-, regionaal niveau?

Over het algemeen zijn er twee richtingen te onderscheiden die mogelijk zijn bij doorontwikkeling. Enerzijds is doorontwikkeling mogelijk via bestaande, institutionele lijnen, waarbij het gaat om *vooruit denken vanuit het heden*. Het gaat om 'meer en beter': meer de eigen investeringen laten renderen, de eigen organisatie beter en krachtiger maken en bestaande verworvenheden te benutten. De keerzijde van dit perspectief is echter dat padafhankelijkheid ontstaat door verzonken kosten, waardoor het lastig kan zijn om nieuwe routes in te slaan. Routines en belangen veranderen niet, waardoor de sector blijft vastzitten in de huidige situatie en innovatie wordt belemmerd.

Een andere manier van doorontwikkelen is om *terug te kijken vanuit de toekomst*. Hierbij is de uitdaging om na te denken over wat voor soort zorgsector er in de toekomst nodig is, en daarnaar te handelen. Het gaat dan om 'nieuw en anders': inzetten op nieuwe, disruptieve innovaties, en het voorkomen van lock-in door anders en vrij te denken over de invulling van de zorgsector. Maar ook aan deze manier zijn keerzijdes verbonden. Creatieve destructie kan leiden tot transitiepijn, omdat reeds ingezette investeringen niet zullen worden uitgenut en het veranderen van bestaande routines tot veel verzet kan leiden. Disruptieve innovatie gaat dan ook veelal gepaard met een grillig proces.

	Meer & Beter: Vooruit denken vanuit het heden	**Nieuw & anders: Terug kijken vanuit de toekomst**
Kracht	- Investeringen laten renderen - Krachtiger maken en perfectioneren - Benutten bestaande verworvenheden	- Spannende disruptieve innovatie - Voorkomen van lock-ins door vrij denken - Van A naar B, volgens de principes van B
Keerzijde	- Path dependency via verzonken kosten - Vastzitten in routines en belangen	- Creatieve destructie leidt tot transitiepijn - Disruptieve innovatie via grillig proces

In de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn er dan ook twee verhalen te vertellen. Het eerste verhaal gaat uit van het perspectief vooruit denken vanuit het heden, en neemt de

huidige institutionele context van de zorgsector als uitgangspunt. Dit verhaal bouwt voort op de voorgaande hoofdstukken waarin die context uiteen is gezet, geïllustreerd aan de hand van bestaande praktijken. Doorontwikkeling van de zorgsector betekent dat het voldoende robuust en toekomstbestendig is om met toekomstige ontwikkelingen om te gaan. Het tweede verhaal neemt de toekomst als vertrekpunt, en redeneert van daaruit wat nodig is in het heden. Dit verhaal is meer visionair en disruptief van aard, waarbij de zorgsector voldoende veerkrachtig dient te worden ingericht om met toekomstige ontwikkelingen mee te kunnen buigen. De onderzoeksvragen zullen langs deze twee verhalen worden beantwoord.

7.1 Vooruit denken vanuit het heden

De huidige zorgsector kent een zekere verkaveling in de dienstverlening, waardoor kwetsbare mensen voor hun zorg afhankelijk zijn van een groot aantal verschillende zorgverleners. In de praktijk is gebleken dat een belangrijk probleem hierbij is dat zorgverleners niet altijd de benodigde informatie met elkaar uitwisselen, waardoor het kan voorkomen dat zorg onvoldoende op elkaar is afgestemd. Coördinatie van een samenhangend zorgaanbod is daarom niet alleen wenselijk, maar ook noodzakelijk. Uit casuïstiek van Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein is immers gebleken dat het goed mis kan gaan als er onvoldoende oog is voor een gezamenlijke aanpak.

Met de decentralisaties ligt de verantwoordelijkheid voor de zorg op lokaal niveau bij de gemeenten. Zij hebben de uitvoering van de zorg veelal elders belegd, bijvoorbeeld bij sociale wijkteams of zorginstellingen. In veel gemeenten zijn verschillende initiatieven opgezet die het coördineren van de zorg in de wijk willen versterken. Zo nemen wijkverpleegkundigen, private/publieke zorgcoördinatoren of zorgcentrales het voortouw om de zorg voor een cliënt zo samenhangend mogelijk in te richten. Deze initiatieven gaan uit van de bestaande institutionele inrichting van de zorg. Zij proberen overzicht te krijgen in de huidige situatie met een veelheid aan partijen, en ervoor te zorgen dat al deze partijen beter met elkaar kunnen samenwerken. Zij gaan daarbij uit van bestaande domeinen, waarin het vaak beperkt blijft tot de zorg: hoe kunnen we de zorg voor deze cliënt zo optimaal mogelijk inrichten? Coördinatie van een samenhangend zorgaanbod wordt vervolgens via institutionele lijnen ingevuld, waarin gebruik wordt gemaakt van de bestaande fysieke infrastructuur. Het creëren van een extra coördineren functie of zorgcentrale is dan een passende manier om overzicht te krijgen en het zorgaanbod aan de cliënt af te stemmen.

In de huidige institutionele context worden basisvoorzieningen via collectieve financieringsvormen in stand gehouden. De basisvoorzieningen dienen dan ook via deze institutionele lijnen geborgd te worden: bestaande zorgorganisaties krijgen de taak om ervoor te zorgen dat zij zo goed mogelijk de continuïteit van de basisvoorzieningen waarborgen in de regio en daar collectieve financieringsvormen voor ontwikkelen. Uit kostenoverwegingen kunnen thuiszorgorganisaties bijvoorbeeld meer gaan samenwerken in de regio.

Er bestaat veel discussie over de schaalgrootte van zorgorganisaties in het publieke en maatschappelijke debat. In dat debat is een grote schaal op zich al voldoende aanleiding om kritisch te worden bejegend. Maar uit eerder onderzoek is echter gebleken dat er geen eenduidig verband bestaat tussen de schaal van de zorgorganisatie en de kwaliteit van de zorg. Schaal is namelijk een relatief begrip. Een zorgorganisatie kan groot zijn qua omzet en aantal cliënten, maar klein ‘voelen’. Een veelgenoemd voorbeeld is Buurtzorg, een

thuiszorgorganisatie met ruim 10.000 beroepskrachten verspreid over het hele land, maar die in kleine teams zorg op maar bieden bij vooral ouderen. Uit een interview blijkt dat *"veel mensen die de naam Buurtzorg horen, aan iets gezelligs denken"*. Maar het betreft een grootschalige, professionele zorgorganisatie die vooral wijkverpleging en –verzorging biedt in de buurt.[144] De relatie tussen schaalgrootte van zorgorganisaties en de realisatie van een samenhangend zorgaanbod op wijkniveau is dan ook zeer afhankelijk van hoe je schaal organiseert.

Om met toekomstige ontwikkelingen om te gaan is *strategisch incrementalisme* een manier van werken die past bij het vooruit denken vanuit het heden. Het is een strategie van kleine stapjes, en gaat uit van het steeds opnieuw lokaal en in 'real time' inschatten van wat op dat moment gevraagd is. Er zijn doelen die gerealiseerd moeten worden, en onderweg wordt steeds bezien wat de situatie is, waar kansen en bedreigingen liggen, en hoe deze kunnen worden ingezet in doelgericht handelen.[145] Om dit te kunnen doen, is robuustheid van de sector van belang. Het is een manier van omgaan met nu nog onbekende ontwikkelingen, waarbij de sector zichzelf versterkt om om te gaan met turbulentie, bijvoorbeeld door reserves aan te leggen en buffers te creëren. De essentie van robuustheid is dat onzekerheid wordt onderkend en het antwoord daarop is het optrekken van een zo hoog en sterk mogelijk fundament. Om vervolgens te hopen dat de muur hoog en sterk genoeg is.[146]

Doorontwikkeling van de zorgsector verloopt vanuit dit perspectief dus incrementeel, waarbij het van belang is om oog te houden voor nieuwe ontwikkelingen en continue te reflecteren op de vraag of het nodig is daarop in te spelen. Om met het onverwachte om te kunnen gaan, is het dan nodig dat de zorgsector voldoende in staat is en de capaciteiten heeft om daadwerkelijk met de veranderingen mee te gaan als het nodig is.

7.2 Terug kijken vanuit de toekomst

In Nederland is er sprake van een zekere verkaveling in de dienstverlening. Er is een zorgsector, die zich vooral richt op het genezen van patiënten en in belangrijke mate gezondheid ziet als het omgaan met ziekte en gebrek. Daarnaast is er een sector wonen, een sector veiligheid, een sector welzijn, etc. Maar om een samenhangend zorgaanbod te kunnen leveren, is het nodig om domeinoverschrijdend te kijken. De focus ligt dan niet zozeer op de afwezigheid van ziekte, maar op de 'hele mens'. Positieve gezondheid – in navolging van Machteld Huber – staat centraal, waarbij het gaat om de kracht van mensen in termen van veerkracht, functioneren en participeren in de samenleving. Om dat te realiseren, is het nodig om in functies en doelen van de zorg te denken: voorkomen, beperken, herstellen, en leren omgaan met.

Coördinatie van een samenhangend zorgaanbod is dan integraal ingericht, waarbij niet alleen wordt gekeken naar de zorg maar naar de combinatie van zorg, wonen, veiligheid, welzijn,

---

[144] NHD Gezond (2016). *Buurtzorg is groot in het klein.* URL: http://www.noordhollandsdagblad.nl/gezond/nieuws/article27889753.ece/Buurtzorg-is-groot-in-het-klein_. Geraadpleegd op 21 november 2016.

[145] Steen, M. van der, M. van Twist, N. Chin-A-Fat en J. Schram (2014). *Van voortgang boeken naar bestemming kiezen. Strategisch kiezen om de decentralisaties te realiseren.* Den Haag, Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

[146] Steen, M. van der (2016). *Tijdig bestuur. Strategisch omgaan met voorspelbare verrassingen.* Den Haag/Rotterdam, NSOB/Erasmus Universiteit Rotterdam.

etc. - opdat de cliënt een zo fatsoenlijk leven kan leiden, ouder kan worden, en voldoende in staat is om met ziekte, gebrek en tegenslag om te gaan. Coördinatie gaat dan niet zo zeer om de vraag hoe zorgverleners beter kunnen afstemmen over wat zij ieder voor zich doen, maar om de vraag hoe verschillende partijen gezamenlijk ervoor kunnen zorgen dat een cliënt zo goed mogelijk kan blijven participeren in de samenleving. Daarbij gaat het om het creëren van een zo goed mogelijk afgestemde woonsituatie waarin de cliënt zich veilig voelt om zo lang mogelijk redelijk zelfstandig kan functioneren. Dat betekent dat coördinatie niet alleen gericht moet zijn op zorgverleners die proberen een ziekte te genezen, maar ook op partijen die kunnen bijdragen aan het welbevinden van de cliënt. Daarbij zijn technologische innovaties ook belangrijke 'partners' om rekening mee te houden. Een mobiele telefoon kan bijvoorbeeld de rol vervullen om vanuit data uit sensoren allerlei diagnoses te stellen en in samenhang te analyseren. Bij de coördinatie van een samenhangend zorgaanbod dient daarom niet alleen rekening te worden gehouden met de fysieke infrastructuur, maar vooral ook met de virtuele infrastructuur. Maarten den Braber, mede-oprichter va Singularity U, voorspelt dat technologie straks naadloos is verwerkt in een netwerk waarin zorgverlener en patiënt de belangrijkste onderdelen zijn. De verantwoordelijkheden verschuiven, omdat de patiënt de data van de eigen gezondheid beheert.

De zorg is gericht op het individueel welbevinden van de cliënt, aangepast aan zijn of haar persoonlijke behoeftes. Er zal daarom in mindere mate sprake zijn van collectieve financieringsvormen voor basisvoorzieningen, en juist meer van individuele financieringsvormen. Om de basisvoorzieningen in Nederland te borgen, is het echter noodzakelijk om naast de individuele financieringsvormen ook een collectief risicostuk in te bouwen. Op deze manier kunnen basisvoorzieningen die niet op het niveau van het individu kunnen worden gefinancierd, blijvend worden geborgd. Let wel, daarbij gaat niet alleen om basisvoorzieningen zoals 7 x 24 uurs beschikbaarheid en zorgmeldpunten, maar ook technologische hulpmiddelen als zorgdomotica en sensoren behoren straks tot de basiszorg.

Door innovatie in de zorg is het mogelijk om als cliënt meer keuze en zelfregie te krijgen. Zo kunnen hartpatiënten met een apparaatje hun hartslag thuis opnemen, en de data doorsturen naar het ziekenhuis. Het is dan overbodig om routinematig een afspraak met de cardioloog te maken, tot er echt wat aan de hand is. Bedrijven als Philips, Google en Samsung ontwikkelen technologieën, waardoor het mogelijk is om als cliënt meer keuze en zelfregie te krijgen. Zo zorgt de ontwikkeling van *connected care* ervoor dat data van verschillende medische apparatuur, maar ook van sensoren, fitnessapparaten en wearables aan elkaar worden verbonden voor het ontwikkelen van een gezondheidsprogramma dat geheel is afgestemd op de persoonlijke situatie. De patiënt kan uit de vele technologische innovaties dan zelf kiezen wat het beste bij hem past, en is niet meer gelimiteerd door de opties die er nu zijn.[147]

Grootschaligheid kan ruimte bieden om meer in te zetten op het ontwikkelen van technologische innovaties. Dat hoeft niet zozeer grootschaligheid van zorgorganisaties te betekenen, maar kan ook grootschaligheid betekenen in termen van bedrijven als Philips, Google en Samsung die de kennis en middelen hebben om te innoveren. Door de samenwerking met Philips kan het Radboud UMC zich bijvoorbeeld concentreren op nieuwe manieren om patiënten bij hun eigen zorg te betrekken, terwijl Philips zich kan richten op het ontwikkelen van veilige en schaalbare applicaties voor patiënten. Grootschaligheid kan zo

[147] Skipr (2015). *E-health is geen apart onderdeel van de zorg.* URL: https://www.skipr.nl/actueel/id24016-e-health-is-geen-apart-onderdeel-van-de-zorg.html. Geraadpleegd op 25 november 2016.

bijdragen in de ontwikkeling van technologische innovaties, die bijdragen aan een persoonsgericht samenhangend zorgaanbod.

De manier van doorontwikkeling die hierbij past is die van *disruptieve innovatie*. De uitdaging is erin gelegen om meer visionair te werk te gaan, te kijken naar wat er in de toekomst nodig is, en daar het zorgaanbod op aan te passen. De institutionele vormgeving van de zorgsector dient dusdanig te worden ingericht, dat het past bij de zorgsector van de toekomst die voor ogen is. Technologische innovaties kunnen bovendien gericht worden ontwikkeld, om de zorgsector van de toekomst daadwerkelijk in te kunnen richten. Disruptie leidt tegelijkertijd tot ontwrichting, en vraagt daarom om voldoende *antifragiliteit* van de zorgsector. Antifragiliteit staat letterlijk voor het tegenovergestelde van breekbaarheid. Wanneer onverwachte ontwikkelingen zich voordoen, breekt het systeem niet maar wordt het sterker. Antifragiliteit wordt ook wel gekoppeld aan evolutionaire leerprocessen en creatieve destructie, waarin verstoring nodig is om 'de soort' als geheel sterker te maken. Een antifragiele zorgsector groeit door disruptie.

Een antifragiele zorgsector kan sterk veranderen, maar geeft niet toe aan de basiswaarden: een antifragiele oudedagvoorziening kan afstappen van de bouwstenen van het bestaande systeem, maar zorgt nog steeds voor een gedekte en geborgde oude dag. Financiële tekorten kunnen signalen zijn om het systeem fundamenteel te herzien, maar de waarde van de oudedagvoorziening blijft daarin van kracht. Vanuit dit perspectief zijn veranderingen niet iets om uit de weg te gaan, maar om te benutten en ervan te leren.[148] Doorontwikkeling van de zorgsector verloopt vanuit dit perspectief dus disruptief, waarbij het van belang is om te leren van veranderingen en de sector vervolgens sterker te maken.

7.3 Tot slot

In de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebleken dat beide richtingen – *vooruit denken vanuit het heden* en *terug kijken vanuit de toekomst* - telkens mogelijk zijn voor de doorontwikkeling van de zorgsector.

	Vooruit denken vanuit het heden	**Terug kijken vanuit de toekomst**
Coördinatie samenhangend zorgaanbod	Een samenhangend zorgaanbod wordt via institutionele lijnen gecoördineerd, waarin gebruik wordt gemaakt van bestaande fysieke infrastructuur. Bijvoorbeeld: een zorgcentrale of een extra coördinerende functie.	Een samenhangend zorgaanbod wordt integraal, domeinoverschrijdend gecoördineerd, waarbij tevens gebruik wordt gemaakt van de virtuele infrastructuur. Bijvoorbeeld: mobiele telefonie of *connected care*.
Borgen van basisvoorzieningen	Basisvoorzieningen worden via collectieve financieringsvormen in stand gehouden. Bestaande zorgorganisaties krijgen de taak toebedeeld om de continuïteit van de basisvoorzieningen te waarborgen in de regio en daar collectieve financieringsvormen voor te ontwikkelen.	Basisvoorzieningen worden via individuele financieringsvormen in stand gehouden. Om de basisvoorzieningen in Nederland te borgen, is het echter noodzakelijk om naast de individuele financieringsvormen ook een collectief risicostuk in te bouwen.

[148] Steen, M. van der (2016). *Tijdig bestuur. Strategisch omgaan met voorspelbare verrassingen.* Den Haag/Rotterdam, NSOB/Erasmus Universiteit Rotterdam.

Relatie tussen schaal en zorg	Schaal is een relatief begrip. De relatie tussen schaalgrootte van zorgorganisaties en de realisatie van een samenhangend zorgaanbod op wijkniveau is zeer afhankelijk van hoe je schaal organiseert.	Grootschaligheid kan ruimte bieden om meer in te zetten op het ontwikkelen van technologische innovaties. Dat hoeft niet zozeer grootschaligheid van zorgorganisaties te betekenen, maar kan ook grootschaligheid betekenen in termen van bedrijven als Philips, Google en Samsung die de kennis en middelen hebben om te innoveren.
Strategische doorontwikkeling	De manier van doorontwikkeling die hierbij past is *strategisch incrementalisme*: een strategie van kleine stapjes, en gaat uit van het steeds opnieuw lokaal en in 'real time' inschatten van wat op dat moment gevraagd is. Daarvoor is robuustheid van de sector nodig: een manier van omgaan met nu nog onbekende ontwikkelingen, waarbij de sector zichzelf versterkt om om te gaan met turbulentie.	De manier van doorontwikkeling die hierbij past is *disruptieve innovatie*: een strategie om vooruit te kijken naar wat er in de toekomst nodig is, en daar het zorgaanbod op aan te passen. Daarbij is antifragiliteit van de sector nodig: wanneer onbekende ontwikkelingen zich voordoen, breekt de sector niet maar wordt het sterker door ervan te leren.

Het is aan het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel om te bepalen welke richting het meest gewenst is om nader te verkennen.